



Presidencia Municipal de Metepec, Hidalgo **DIF**

SISTEMA INTEGRAL DE LAS FAMILIAS METEPEC, HIDALGO

Manual de Procedimientos

Marzo 2026



INDICE

- 1.1 INTRODUCCIÓN.....4
- 1.2 OBJETIVO GENERAL4
- 1.3 MISION Y VISION5
 - MISION5
 - VISION.....5
- 1.4 MARCO JURIDICO.....6
- 1.5 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS.....8
 - 1.5.1 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS9
 - 1.5.2 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS14
 - 1.6.3 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS16
 - 1.6.4 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMINETOS31
 - 1.6.5 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....42
 - 1.6.7 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....47
 - 1.6.8 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....50
 - 1.6.9 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....53
 - 1.6.10 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS55
- 1.7 VALIDACIÓN57
- 1.8 ANEXOS.....58
 - 1.8.1 MEMORIA FOTOGRAFICA ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA58
 - 1.8.2 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA.....59
 - 1.8.3 RUTA MUNICIPAL DE DISTRIBUCION ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA60
 - 1.9.1 ATENCION ALIMENTARIA ENLOS PRIMEROS 1000 DIAS CARNET VALIDACION DE ENTREGA61
 - 1.9.2 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS.....62
 - 1.9.3 LISTA DE ENTREGA, MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A ATENCION ALIMENTARIA ENLOS PRIMEROS 1000 DIAS.....63
 - 1.10.1 REPORTE MENSUAL EVIDENCIA FOTOGRAFICA MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS.....64

[Handwritten signatures]

[Vertical handwritten signatures]



1.10.3 LISTA DE ASISTENCIA DE PARTICIPANTES DE LA COMUNIDAD IMPULSORA.....66

1.11 FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS AYUDAS TÉCNICAS.....67

1.11.2 CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO AYUDAS TÉCNICAS68

1.12.1 CARTA DE AUTORIZACION PARA MENOR DE EDAD, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD71

1.12.2 CARTA DE AUTORIZACION, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD72

1.12.3 ESTUDIO SOCIOECONOMICO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD73

1.12.4 CARTA RESPONSIVA, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD.....74

1.12.5 ENCUESTA DE SATISFACCION DEL BENEFICIARIO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD75

1.13 GENERAL DEL PROYECTO “PROMOCION Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”76

1.14.1 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTRELA, CENTRO PILARES77

1.14.2 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (13 – 17 AÑOS), CENTRO PILARES78

1.14.3 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (6 – 11 AÑOS), CENTRO PILARES82

1.14.4 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES85

1.14.5 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES86

1.14.6 LISTA GENERAL DE ASISTENCIA, CENTRO PILARES88

1.14.7 REGISTRO DE ALTAS, BAJAS Y REINGRESO, CENTRO PILARES89

1.15.1 EVIDENCIA FOTOGRAFICA, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....90

1.15.2 CEDULA DEL BENEFICIARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO91

1.15.3 RECETARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO92

1.15.4 RECIBO DE MENÚS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....93

1.15.5 REGLAS DE OPERACIÓN, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....94

1.15.6 REPORTE MENSUAL, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....95

[Handwritten signatures and marks]



1.15.7 CEDULA DE PERSONAL OPERATIVO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO96

1.15.8 CEDULA DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES COMUNITARIO DE PARTICIPACION SOCIAL, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO.....97

1.15.9 COMODATO DE ALTAS DE ESPACIOS ALIMENTARIOS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO97

1.15.10 ENCUESTA DE SATISFACCION, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO98

1.16.1 REPORTE MENSUAL, APCE.....99

1.16.2 REGISTRO DE CENTROS DE ACOPIO, APCE.....100

1.16.3 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL, APCE101

1.17.1 CONCENTRADO DE PLATICAS, OEA.....103

1.17.2 OEA EVIDENCIA FOTOGRAFICA MENSUAL104

1.18.1FORMATO DE ENCUESTAS, PSBC105

1.18.2 FORMATO DE LISTAS, PSBC106

1.18.3 FORMATO DE VISITA A COMUNIDAD, PSBC.....107



1.1 INTRODUCCIÓN

Este manual de procedimientos será guía clara y específica que garantice la óptima operación y desarrollo.

Comprende en forma ordenada, secuencial y detallada las operaciones de los procedimientos a seguir para cada actividad laboral, promoviendo el buen desarrollo administrativo de la Comisión y dando cumplimiento con ello, para poder seguir atendiendo las necesidades que tiene la ciudadanía enfocada a niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, seguir siendo parte de la historia del Municipio.

De las diferentes actividades del Sistema Integral de la Familia del Municipio de Metepec, Hidalgo: servirá como un instrumento de apoyo y mejora Institucional.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar acciones en materia de asistencia social de manera corresponsable y en apego a lo establecido en las leyes y lineamientos aplicables a través de la ejecución de programas y proyectos encaminados al beneficio de las familias hidalguenses más vulnerables a fin de contribuir a su desarrollo humano y calidad de vida.



1.3 MISION Y VISION

MISION

Ser un Organismo Gubernamental promotor de los derechos de niños, niñas, personas vulnerables, a través de la creación de estrategias innovadoras, regidos por los valores de honestidad, compromiso, empatía, respeto, equidad, calidez, efectividad y profesionalismo, para la estructura de " Familias con impulso", resguardando información personal de la ciudadanía de Metepec.

VISION

Amparar y promover el bienestar integral de las familias en Metepec, impulsando de manera responsable el desarrollo humano de personas vulnerables e infantes, implementando programas y acciones de asistencia social en colaboración con los departamentos de Gestión y Trabajo Social, Psicología, Jurídico y Nutricional, para brindar atención en la calidad de vida dentro del contexto familiar

1.4 MARCO JURIDICO

DIARIO OFICIAL/ miércoles 11 de mayo de 2016

- Que la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de diciembre de 2014, en su artículo 1° tiene entre sus objetivos:
 - I) Reconocer a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; en los términos que establece el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
 - II) Garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes conforme a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano forma parte.
- Que con fecha 02 de diciembre de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, el que establece obligaciones al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** entre ellas integrar y en su caso operar diversos registros, diseñar, administrar y resguardar bases de datos, otorgar y en su caso revocar autorizaciones, publicar normatividad diversa en materia de adopciones en el ámbito de su competencia.
- Que la Ley y el Reglamento en cita establecen que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la igualdad sustantiva, la no discriminación, la inclusión, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, a la participación, la interculturalidad, la corresponsabilidad de los miembros de la familia, la sociedad y las autoridades, la transversalidad en la legislación, políticas públicas, actividades administrativas, económicas y culturales, a la autonomía progresiva, al principio por persona, al acceso a una vida libre de violencia y a la accesibilidad



DE LA COMPETENCIA Y ORGANIZACIÓN

- Artículo 1. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es el Organismo Público Descentralizado a que se refieren los artículos 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social, cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propios y es el coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. Cuando en el presente ordenamiento se haga mención al Organismo, se entenderá hecha al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. El Organismo deberá cumplir con los objetivos que le establecen la Ley General de Salud, la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, la Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la Ley General de Víctimas, la Ley de Asistencia Social, y demás disposiciones legales aplicables.

1.5 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
1	NAYELI LOPEZ MONTIEL	Gestionar, Autorizar, Coordinar, planear, dirigir, sus recursos humanos y materiales, para poder ayudar a la ciudadanía (niños, niñas, adolescentes y adultos mayores).	Salvaguardar los derechos, la educación, la salud y el bienestar de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores. Atendiendo las diferentes necesidades que la población presenta.










1.5.1 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

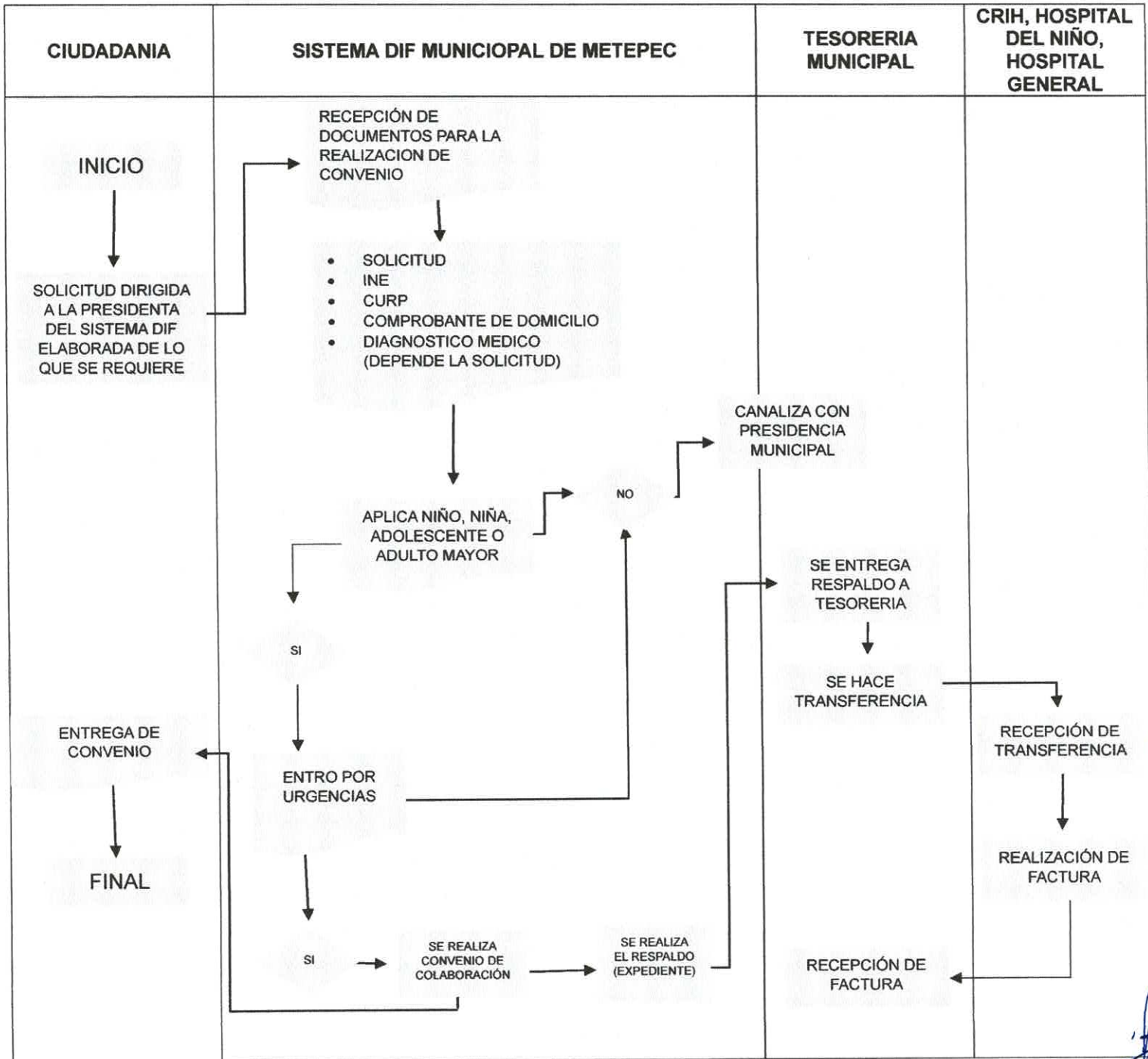
No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
2	SANDRA KAREN EULOGIO MIRANDA	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar apoyos para poder brindar un mejor servicio a la población, (donaciones de despensas, medicamentos, productos de canasta básica, sillas de ruedas, andaderas, bastones, et.) • Gestionar convenios de colaboración con dependencias de salud, para la comunidad de escasos recursos, (niños, niñas, adolescentes y adultos mayores), para apoyos económicos. • Solucionar como unidad de primer contacto, problemas legales que se presenten en el Sistema DIF. • Secretaria general de SIPINNA. 	<p>Salvaguardar los derechos, la educación, la salud y el bienestar de los niños, niñas, adolescentes adultos mayores. Atendiendo las diferentes necesidades que la población presenta.</p>

[Handwritten signature]

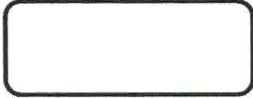
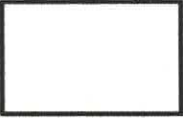
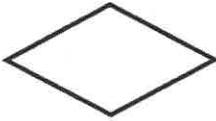
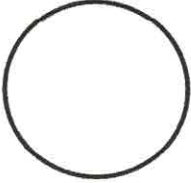
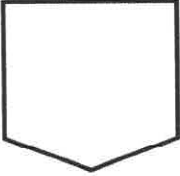
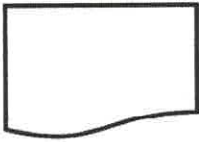

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and marks on the right margin]

DIAGRAMA DE FLUJO (COVENIO DE COLABORACION)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

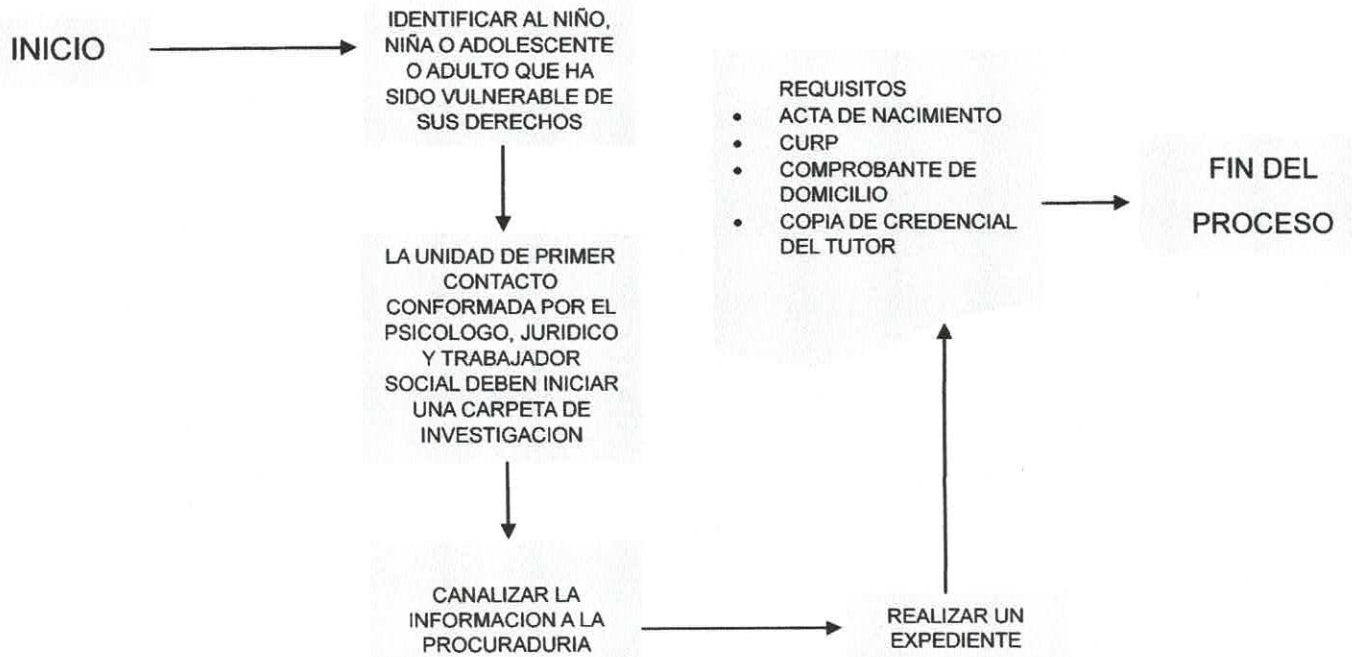
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]


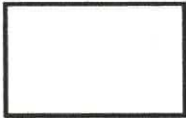
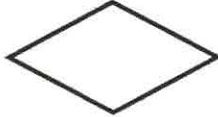
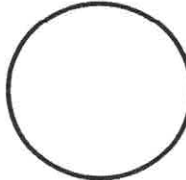
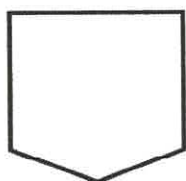
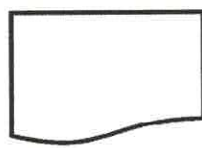

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

DIAGRAMA DE FLUJO (UNIDAD DE PRIMER CONTACTO)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMA DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

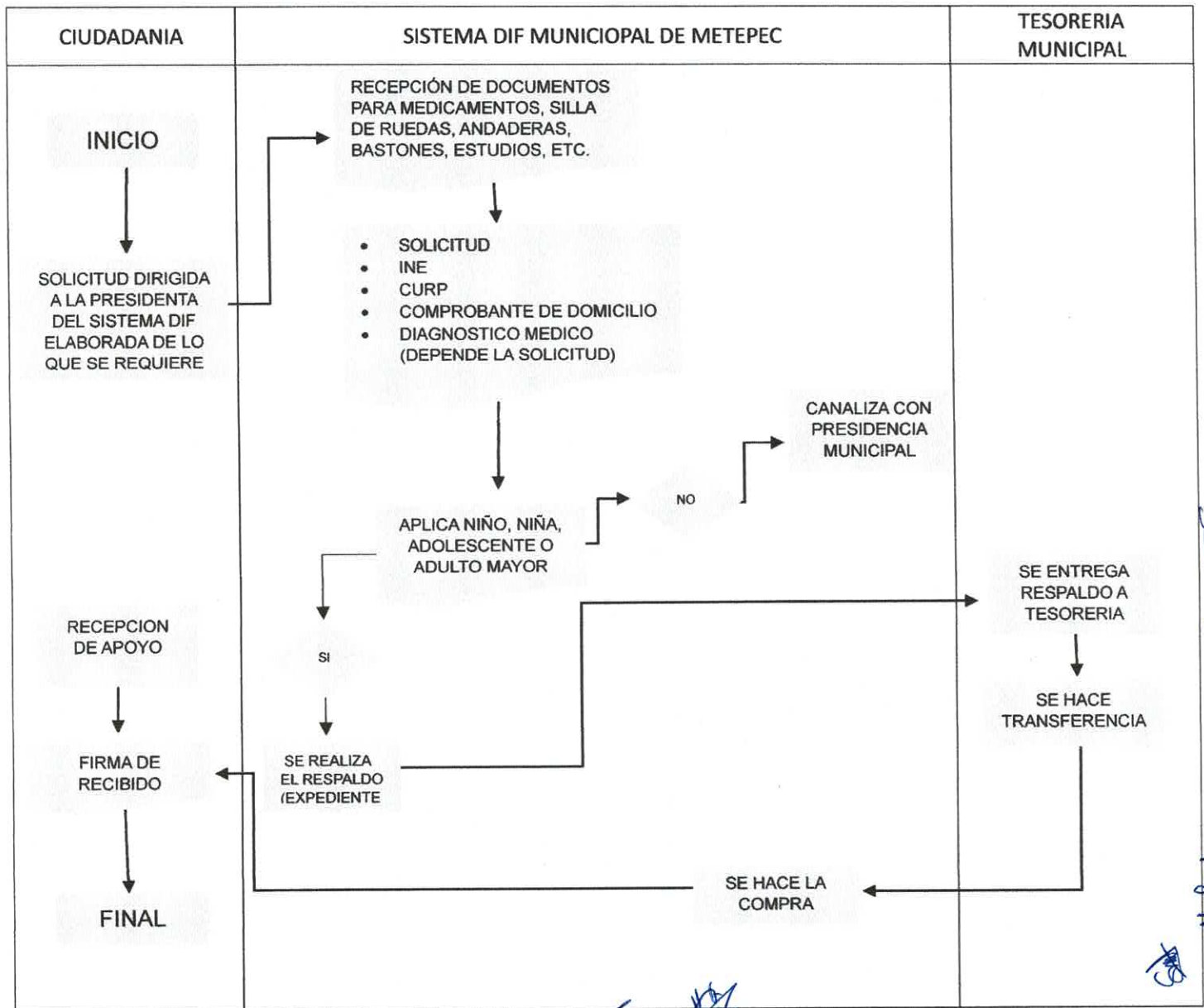
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

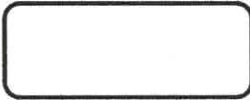
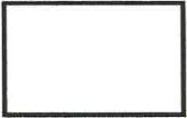
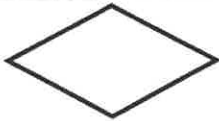
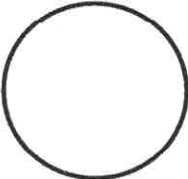
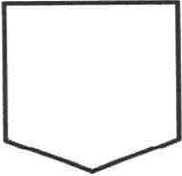
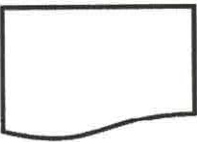

1.5.2 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
3	NAYELI LOPEZ MONTIEL	<ul style="list-style-type: none"> Recepción de papeleo para apoyos, donación. Justificación de gastos en tesorería. 	Atención a la recepción de toda solicitud entrante al Sistema DIF Metepec.

DIAGRAMA DE FLUJO (SOLICITUD DE APOYO)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.





1.6.3 DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
4	ESTEFANI JARILLO VAZQUEZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> Estrategias de Orientación y Educación Alimentaria 	Orientar y educar a la población en general, en temas alimentarios para mejorar la salud, es de eje transversal dando inicio y apoyo a los programas de alimentarios y de desarrollo.
	NAYELI LOPEZ MONTIEL	<ul style="list-style-type: none"> Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo 	Incrementar el acceso a la alimentación a bajo costo a población vulnerable del estado de Hidalgo, a través del otorgamiento de raciones alimenticias calientes con calidad nutricia
	JOSEFINA GARCIA OCTAMENDEZ	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto de Atención Alimentaria en los Primeros 1000 días. 	El objetivo es mejorar el estado nutricional de niñas, niños, mujeres embarazadas y lactantes con inseguridad alimentaria. Busca asegurar el desarrollo infantil correcto mediante la dotación de insumos nutritivos, educación y fomento a la lactancia materna.
	INDYRA LAZCANO NERI	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Salud y Bienestar Comunitario 	Mejorar la calidad de vida y bienestar de comunidades con rezago social a través del desarrollo de capacidades.

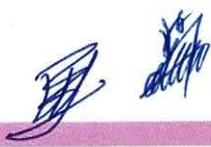




DIAGRAMA DE FLUJO (ESTRATEGIAS DE ORIENTACION Y EDUCACION ALIMENTARIA)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

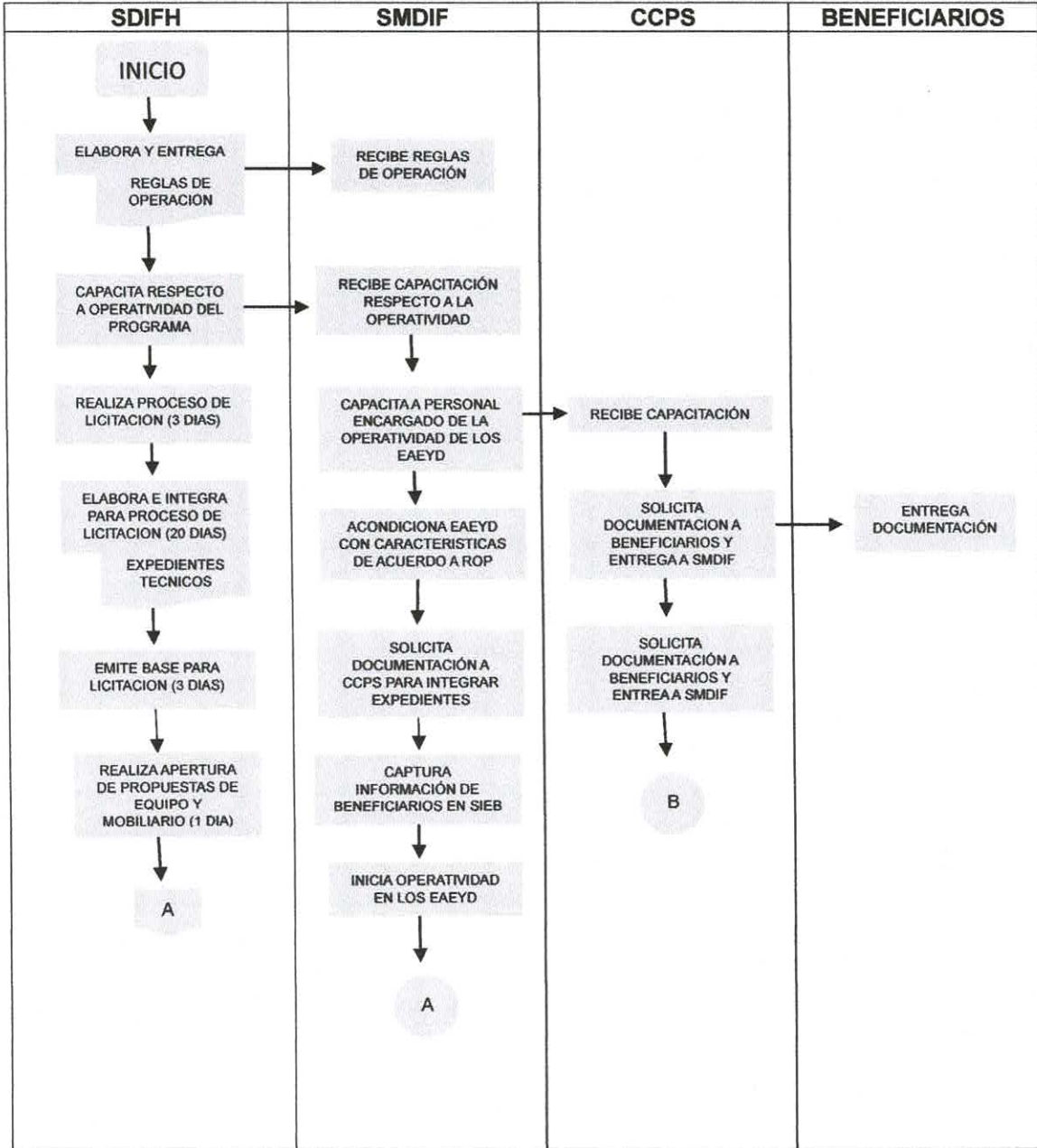
[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

[Handwritten notes and signatures on the right margin]

DIAGRAMA DE FLUJO (ESPACIOS DE ALIMENTACION)

**MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ESPACIOS DE ALIMENTACION
ENCUENTRO Y DESARROLLO**



(Handwritten signatures and marks)

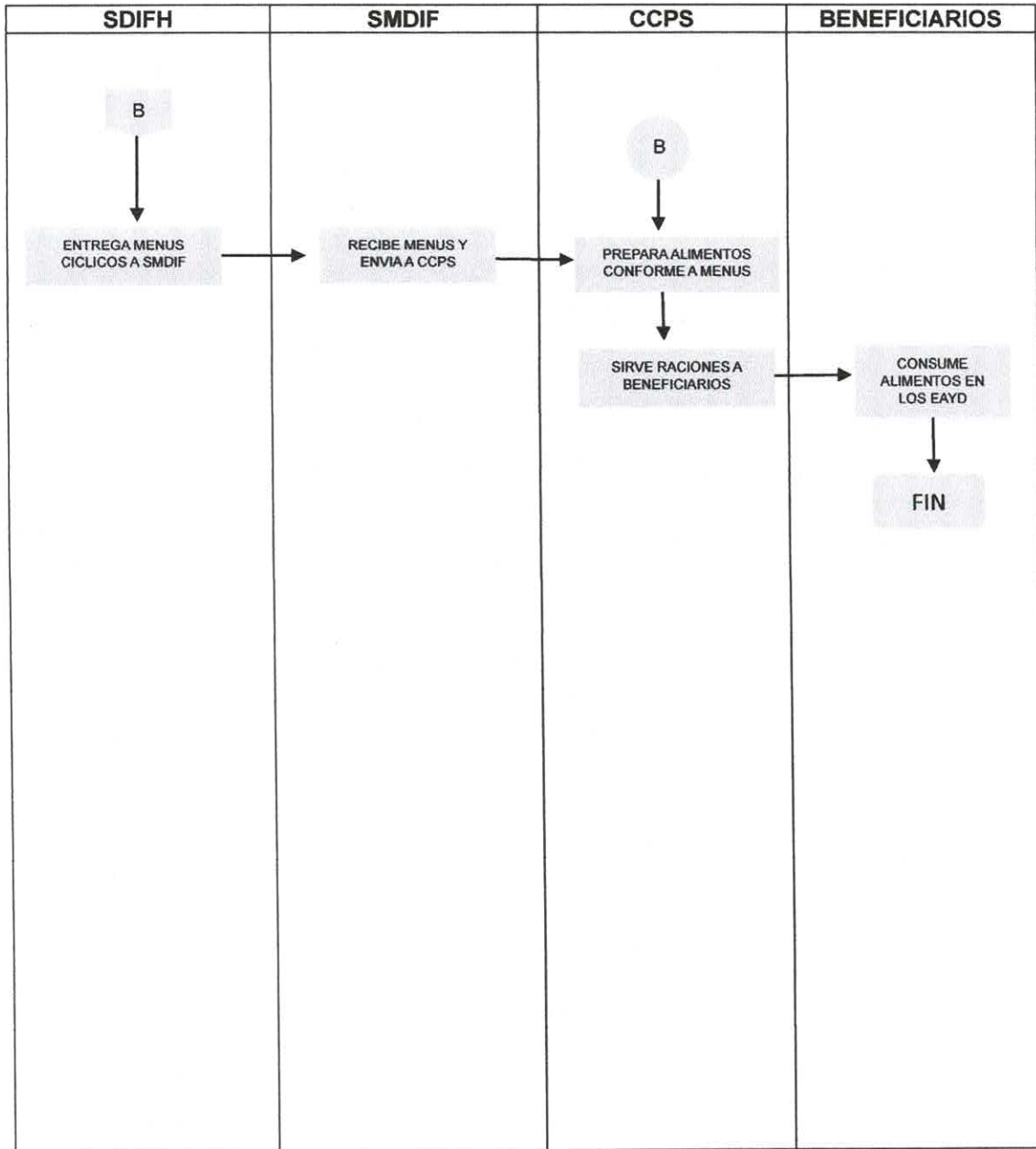
SDIFH	SMDIF	CCPS	BENEFICIARIOS
<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">DA A CONOCER JUNTA DE ACLARACIONES (1 DIA)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">EMITE FALLO DE LICITACION (2 DIAS)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">FIRMA CONTRATO CON EL PROVEEDOR (2 DIAS)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REALIZA ADQUISICION DE EQUIPO, MOBILIARIO, DESPENSAS Y HUERTOS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REALIZA ANALISIS DE LOS EAEyD QUE REQUIEREN REEQUIPAMIENTO Y HUERTOS ESCOLARES</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">CELEBRA CONTRATO DE COMODATO CON AUTORIDADES MUNICIPALES</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">B</p>			

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

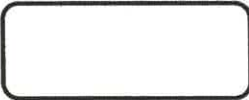
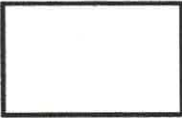
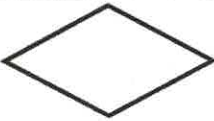
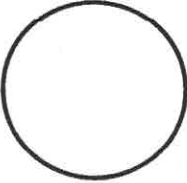
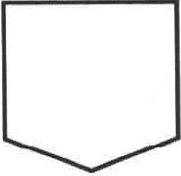
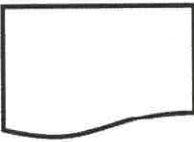

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

Hidalgo

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

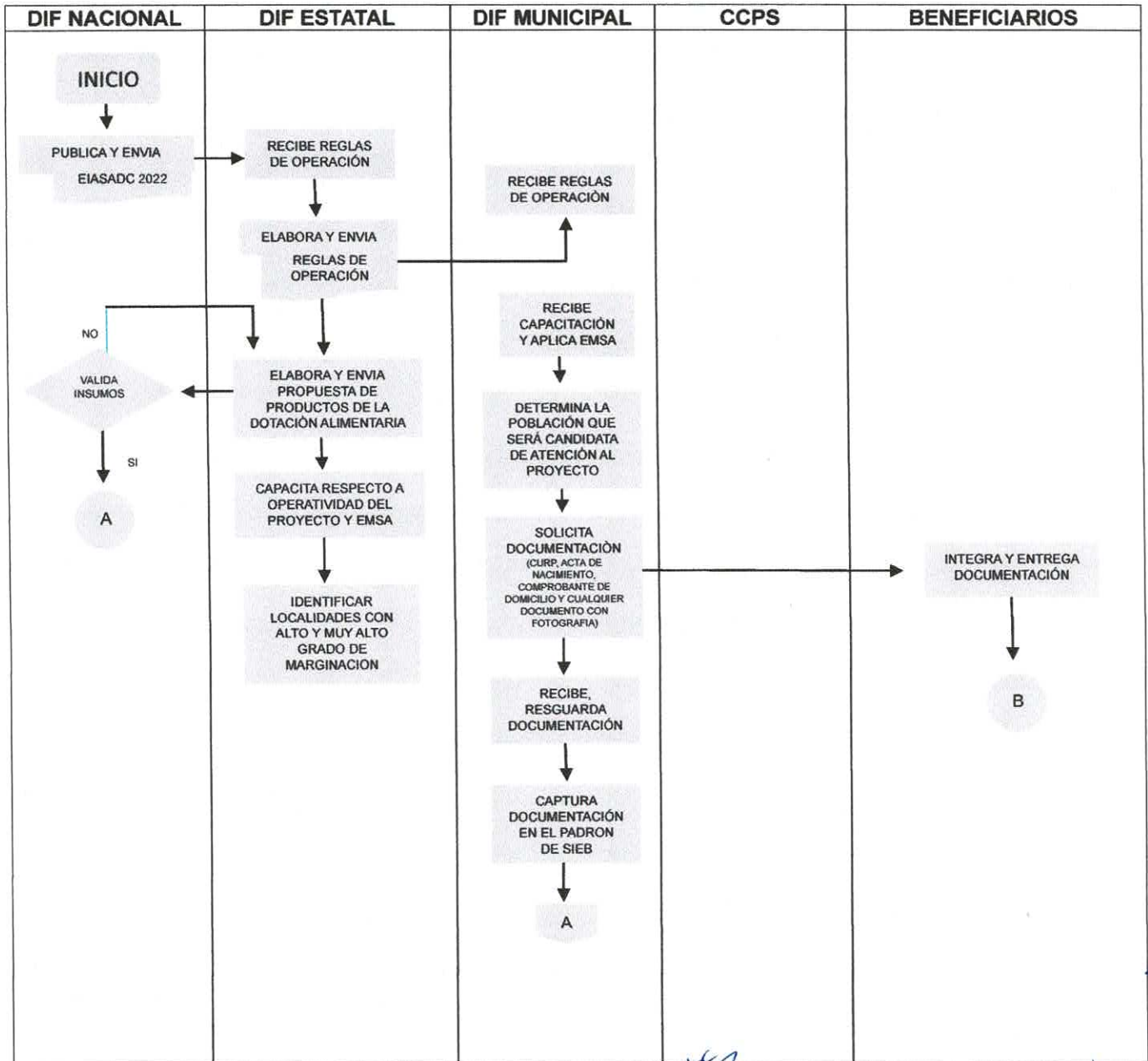
[Handwritten mark]

[Handwritten mark]

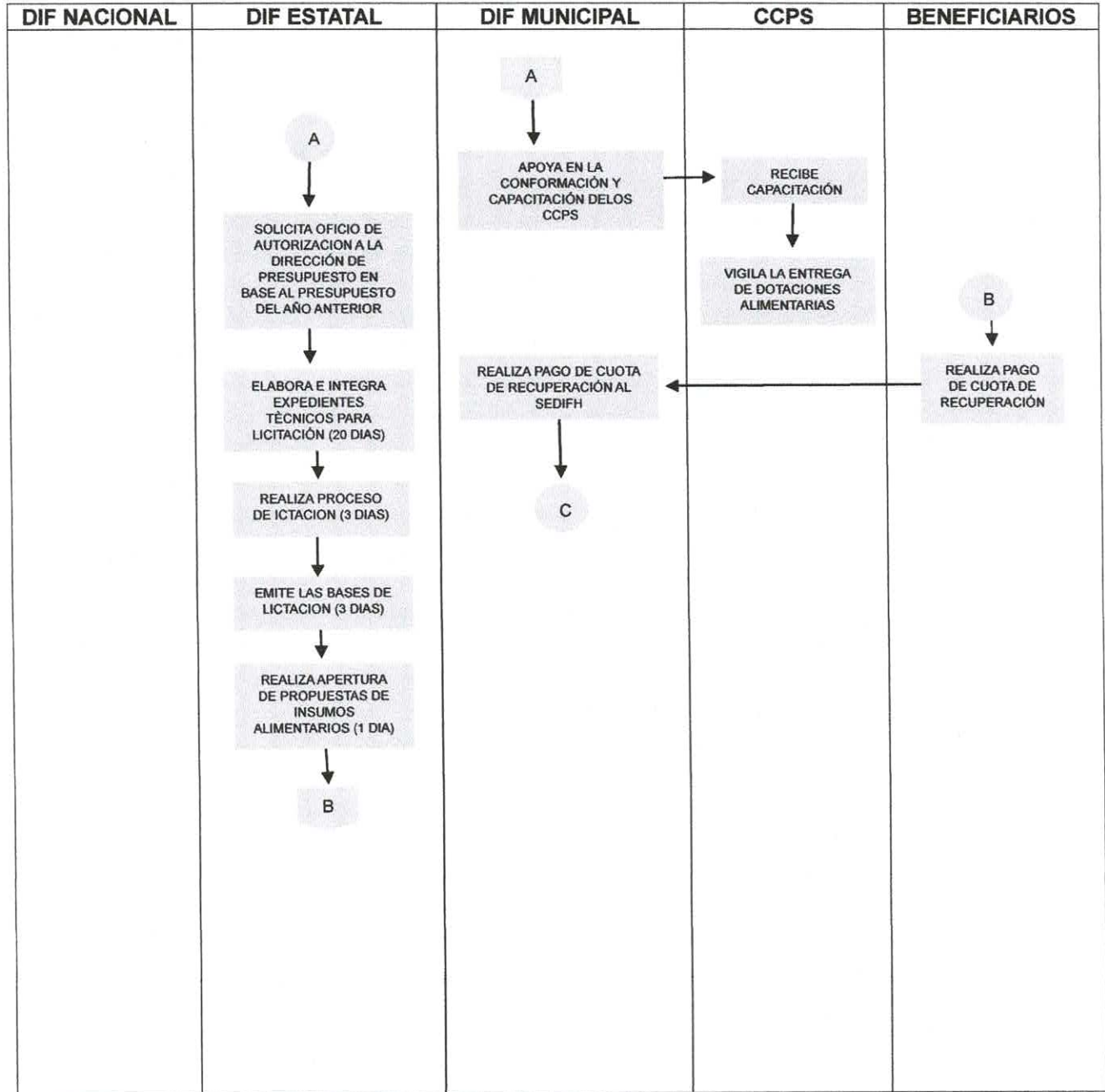
DIAGRAMA DE FLUJO (SUJETOS VULNERABLES, ADULTOS MAYORES)

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS.

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS.



PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS



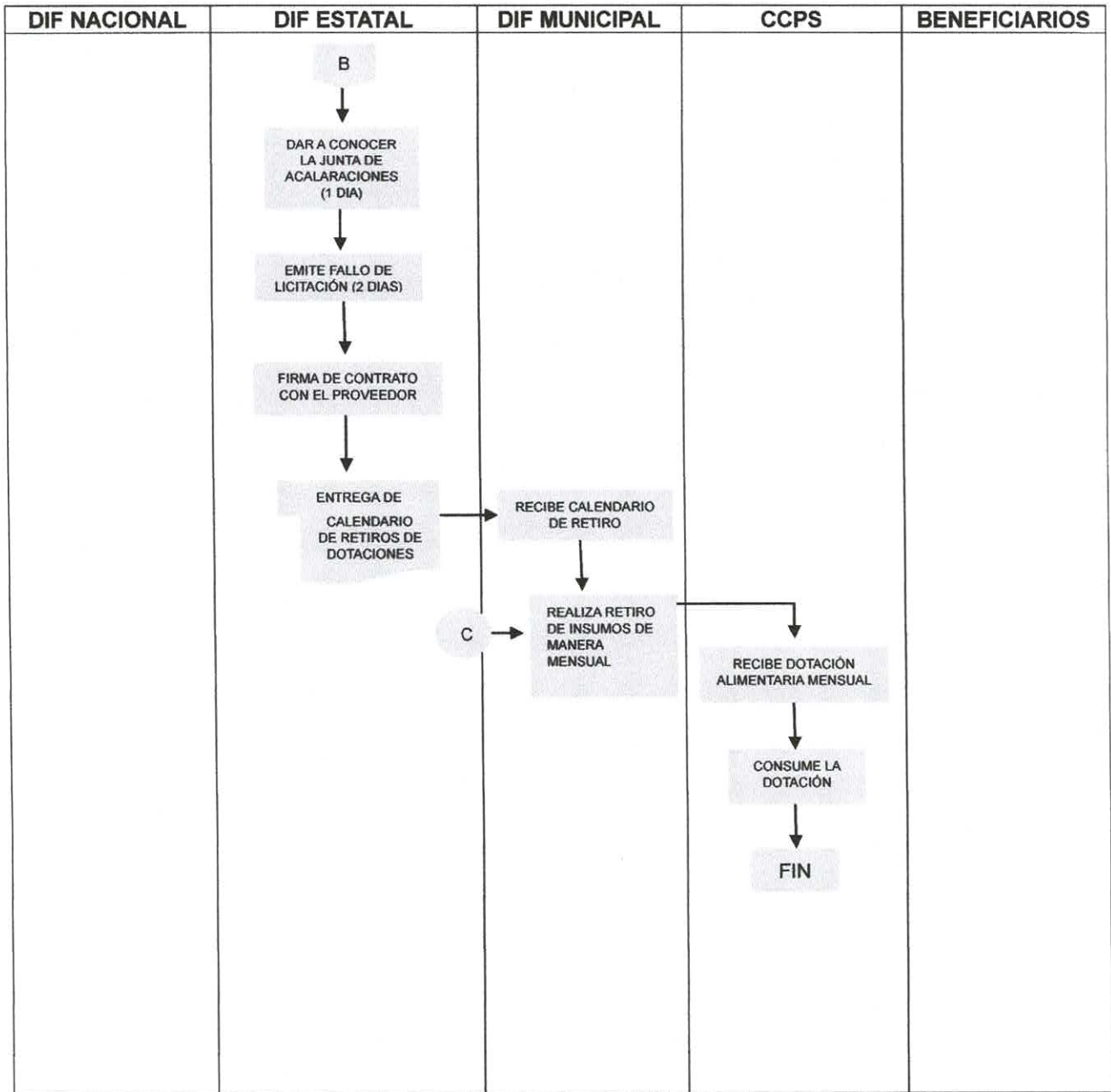
Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten signatures and marks

PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

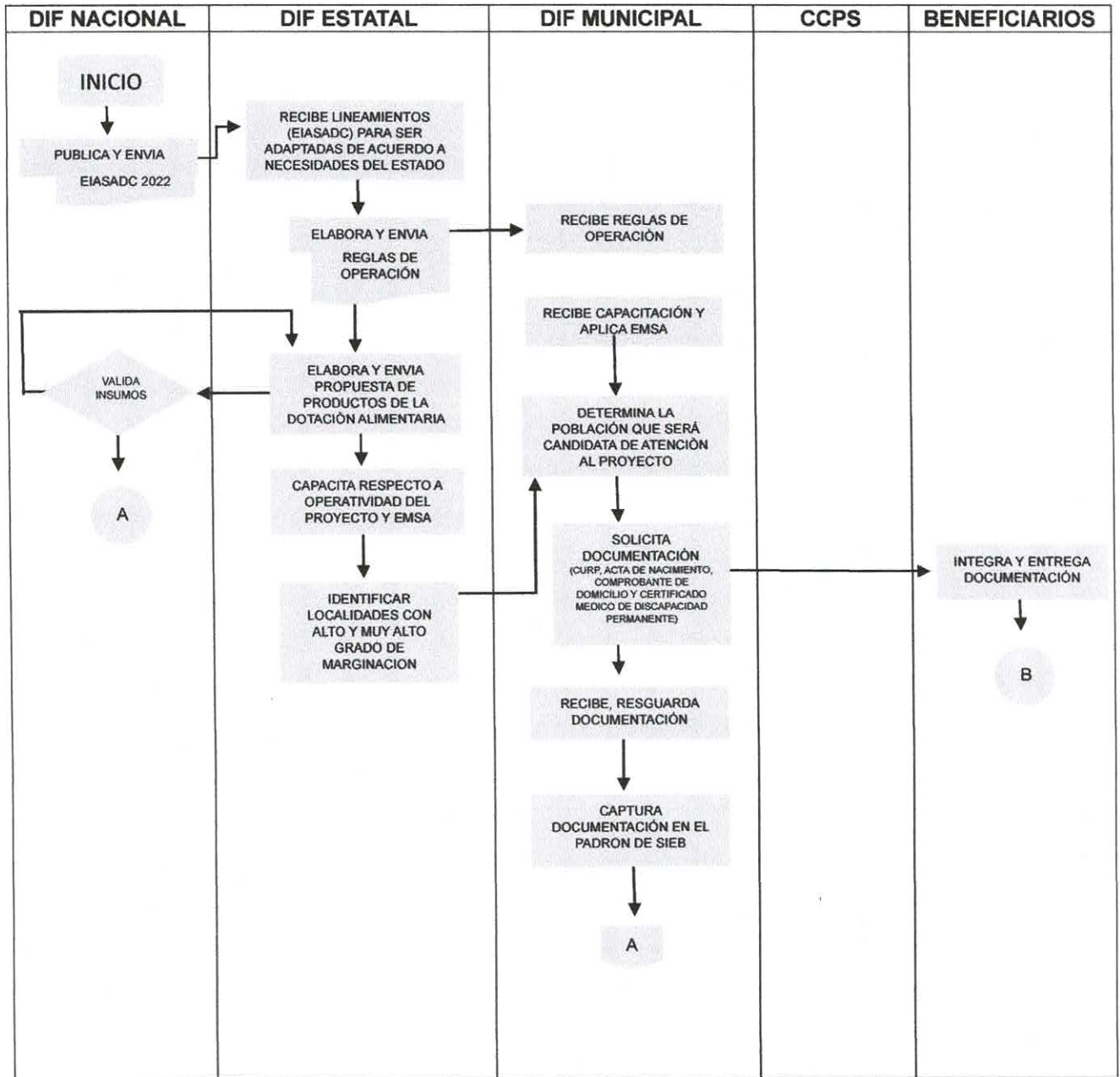
[Handwritten signatures and initials]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

DIAGRAMA DE FLUJO (SUJETOS VULNERABLES, CON DISCAPACIDAD PERMANENTE).

PROCESO DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

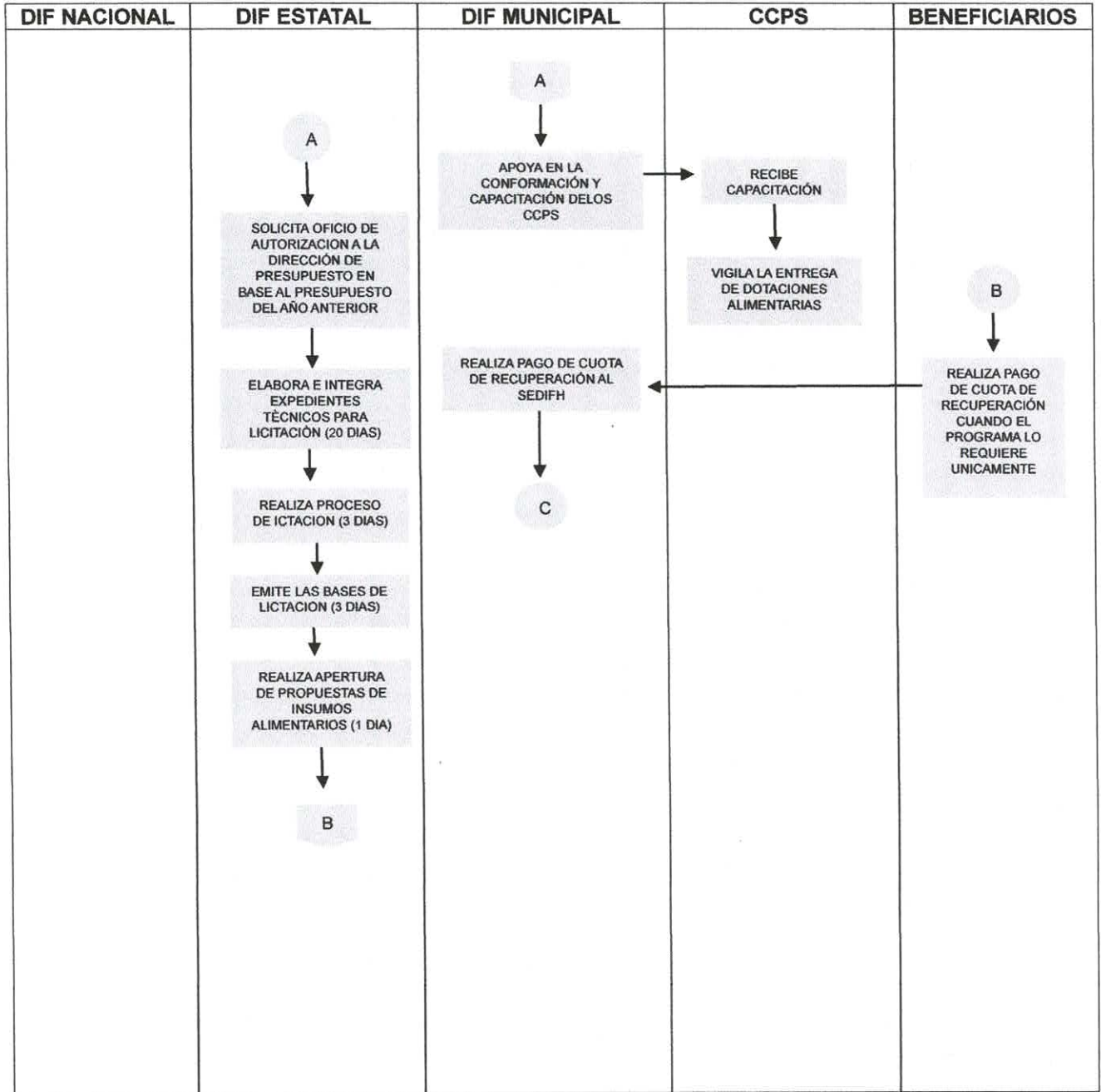
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

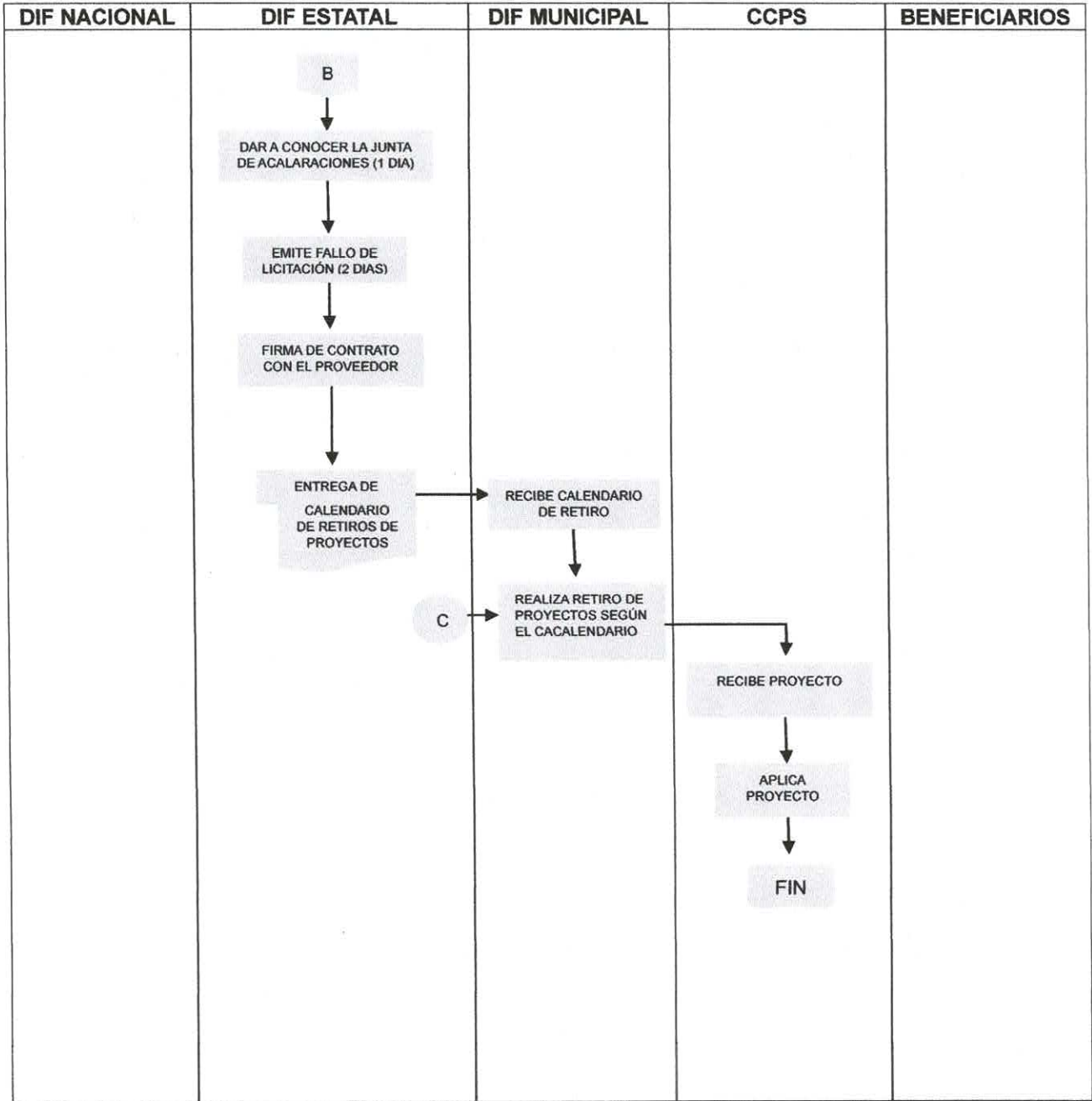
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

PROCESO DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO



PROCESO DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO

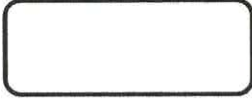
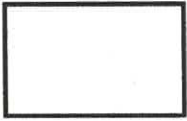
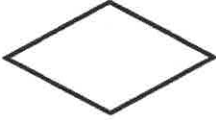
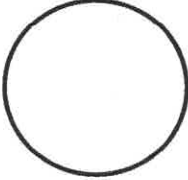
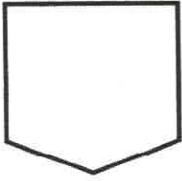




[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

[Handwritten signatures and initials]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten notes and signatures on the right margin]



1.6.4 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMINETOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
5	DULCE GUADALUPE SANTANA PEREZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Escolar Modalidad Fría <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Escolar Modalidad Caliente 	Favorecer el acceso y consumo de alimentos nutritivos e inocuos de la población en condiciones de vulnerabilidad, que asiste a planteles públicos del Sistema Educativo Nacional, mediante la entrega de desayunos escolares, diseñados con base en criterios de calidad nutricia, acompañados de acciones de orientación educación alimentaria, así como de aseguramiento de la calidad, para favorecer un estado de nutrición adecuado.

[Handwritten signature]

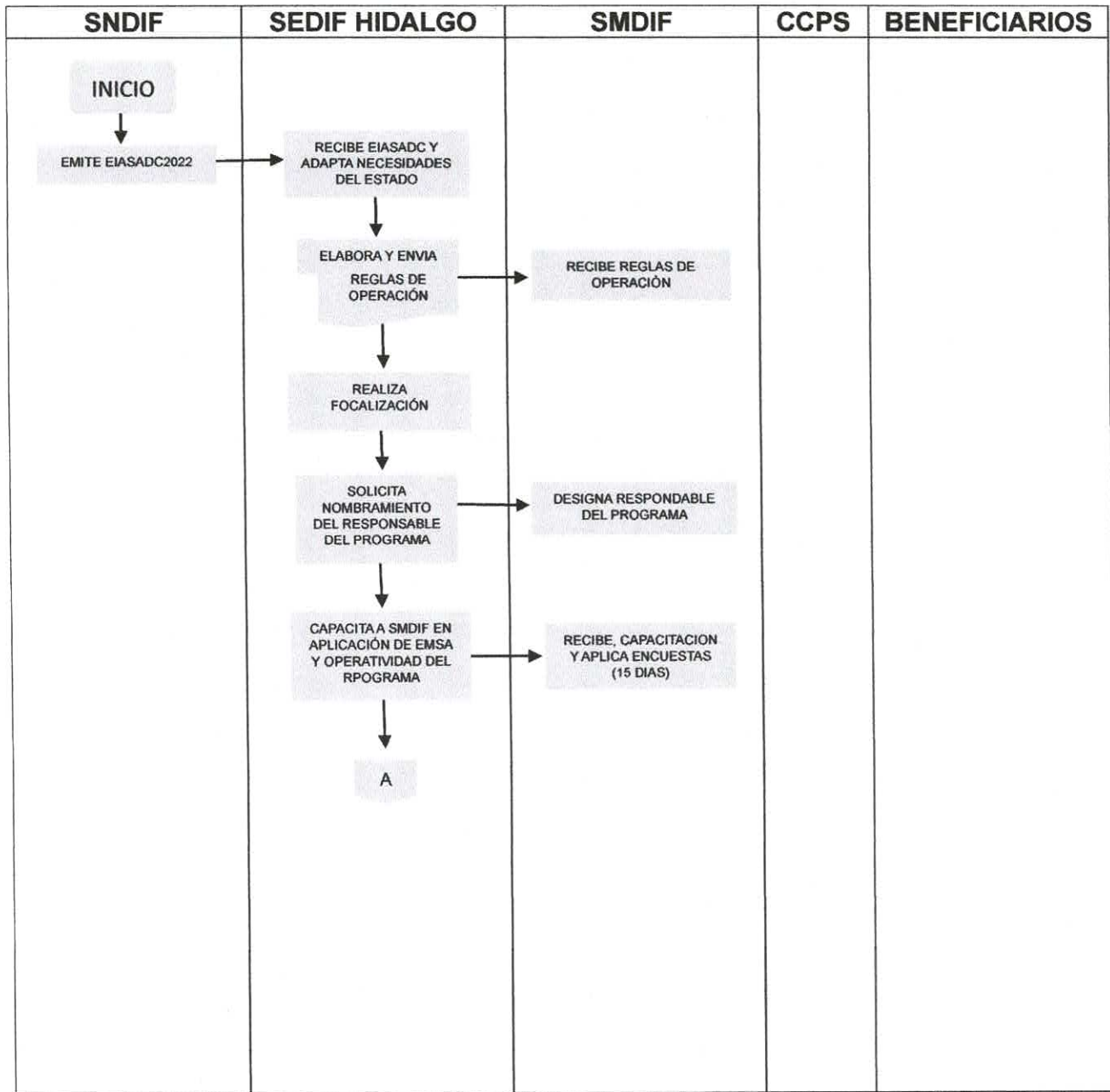
[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

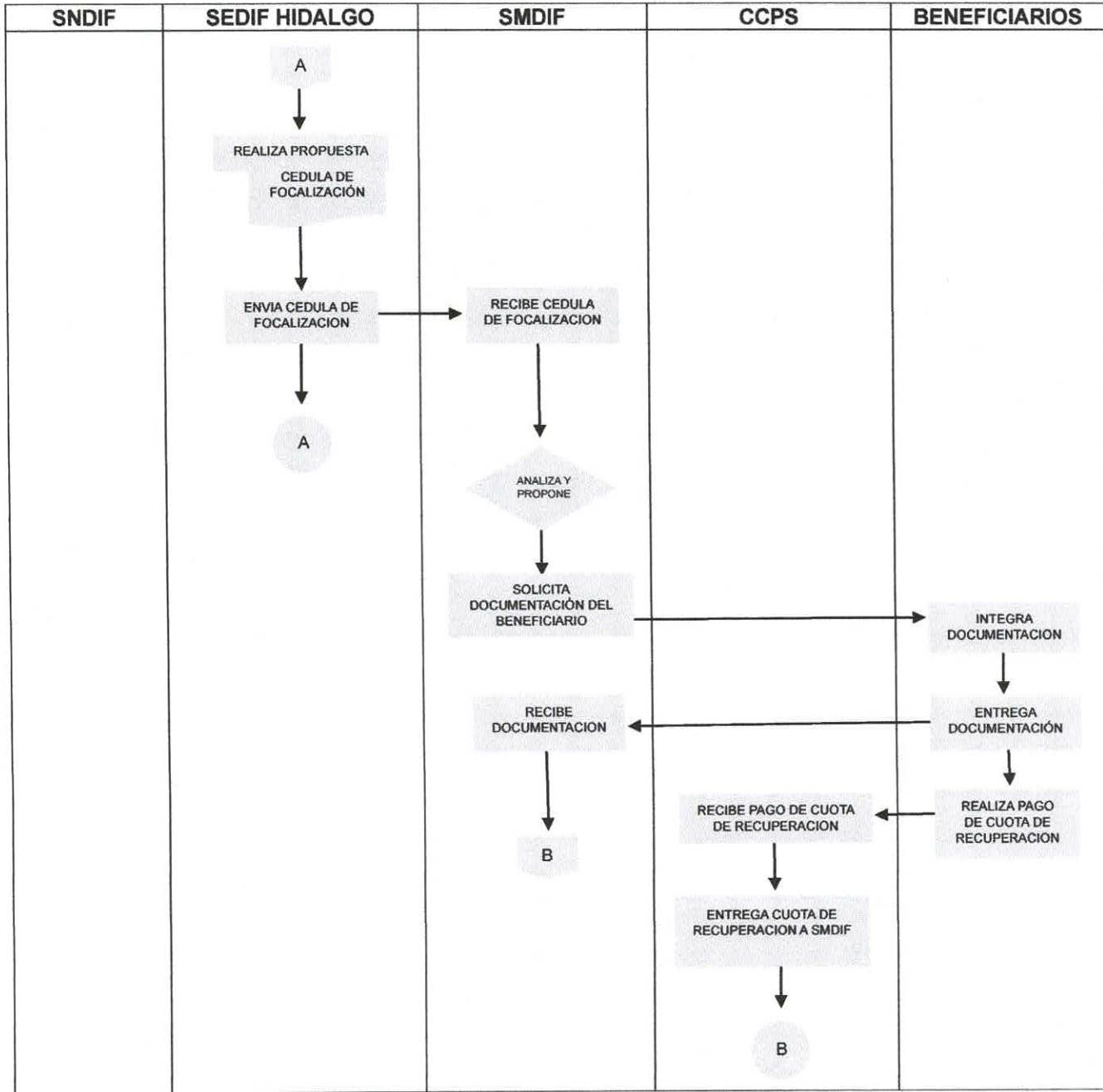
[Handwritten signatures]

DIAGRAMA DE FLUJO (ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA)

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

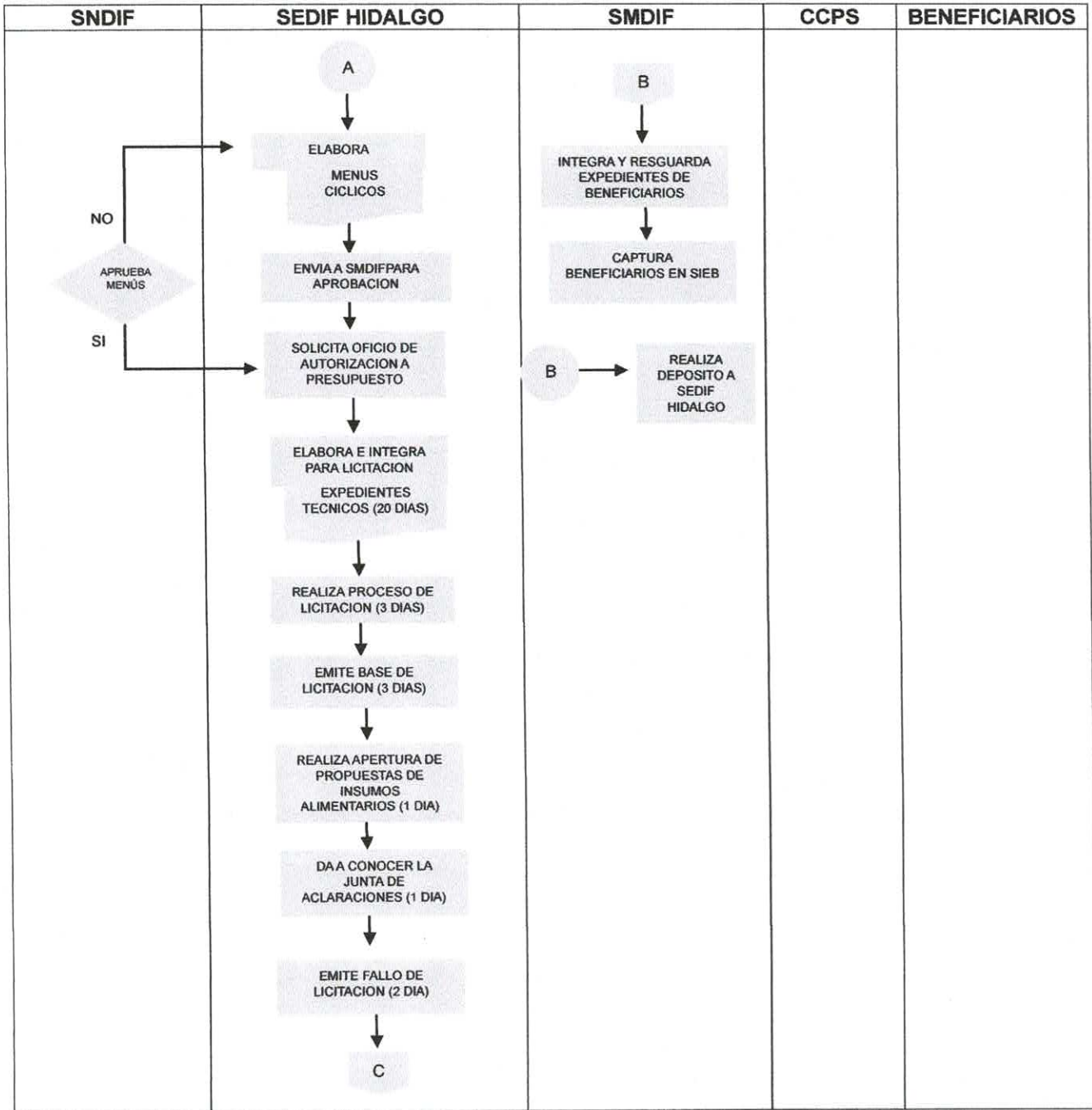
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

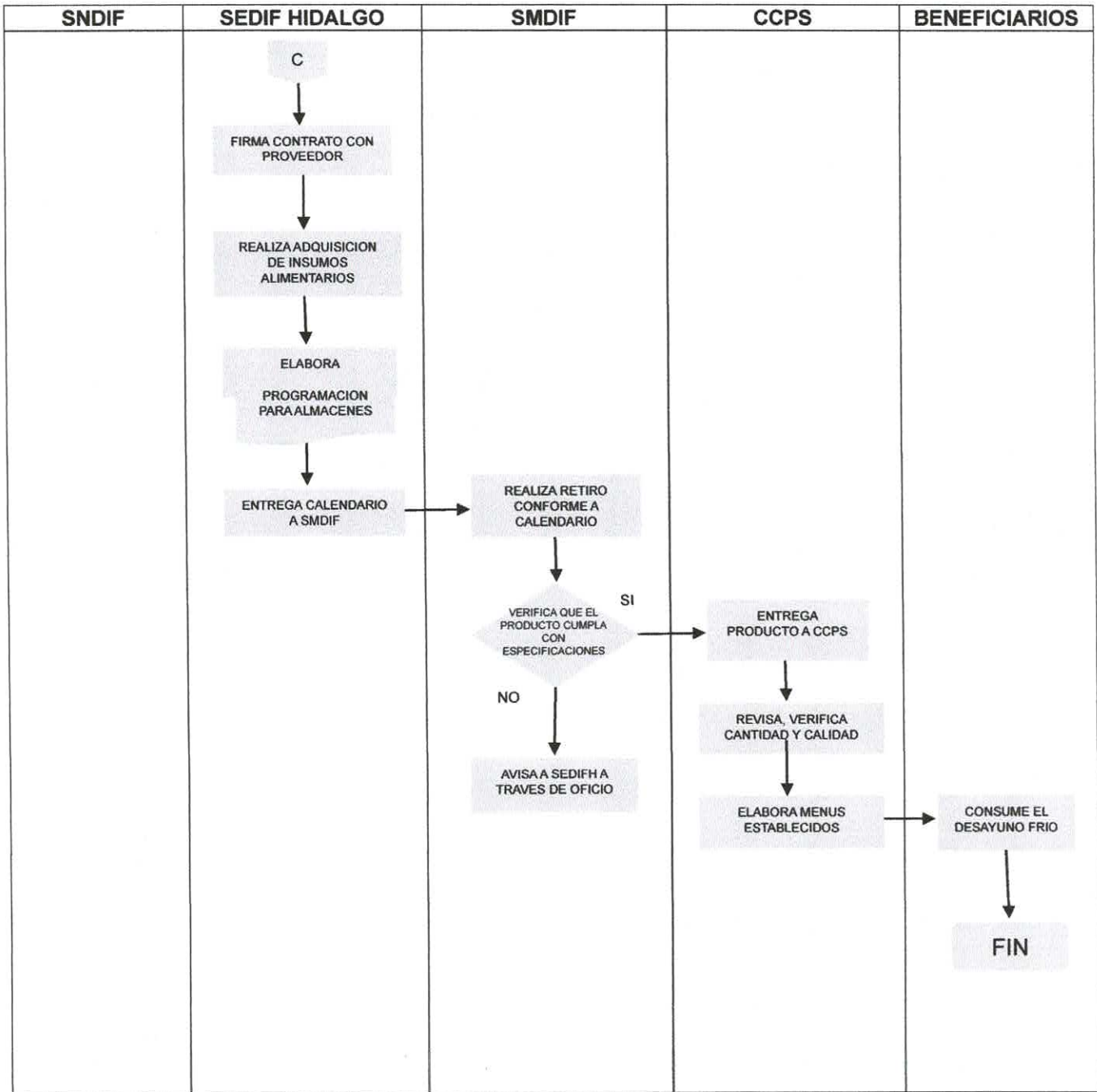
MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



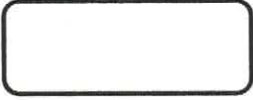

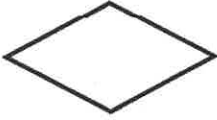
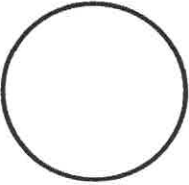
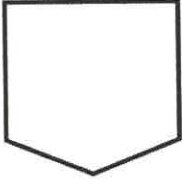


[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and marks]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRÍA



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMA DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

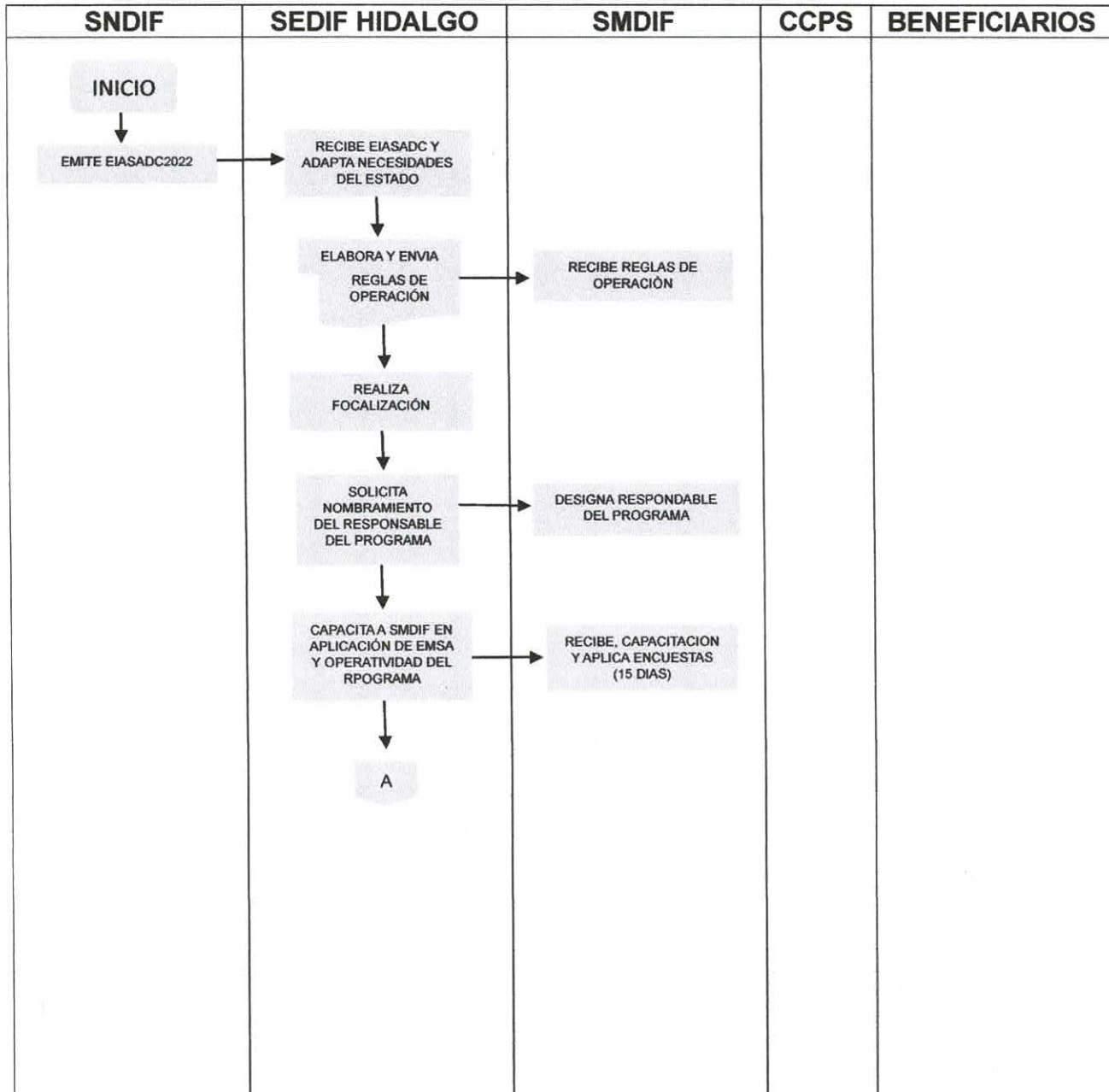
[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]

DIAGRAMA DE FLUJO (ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE)

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE

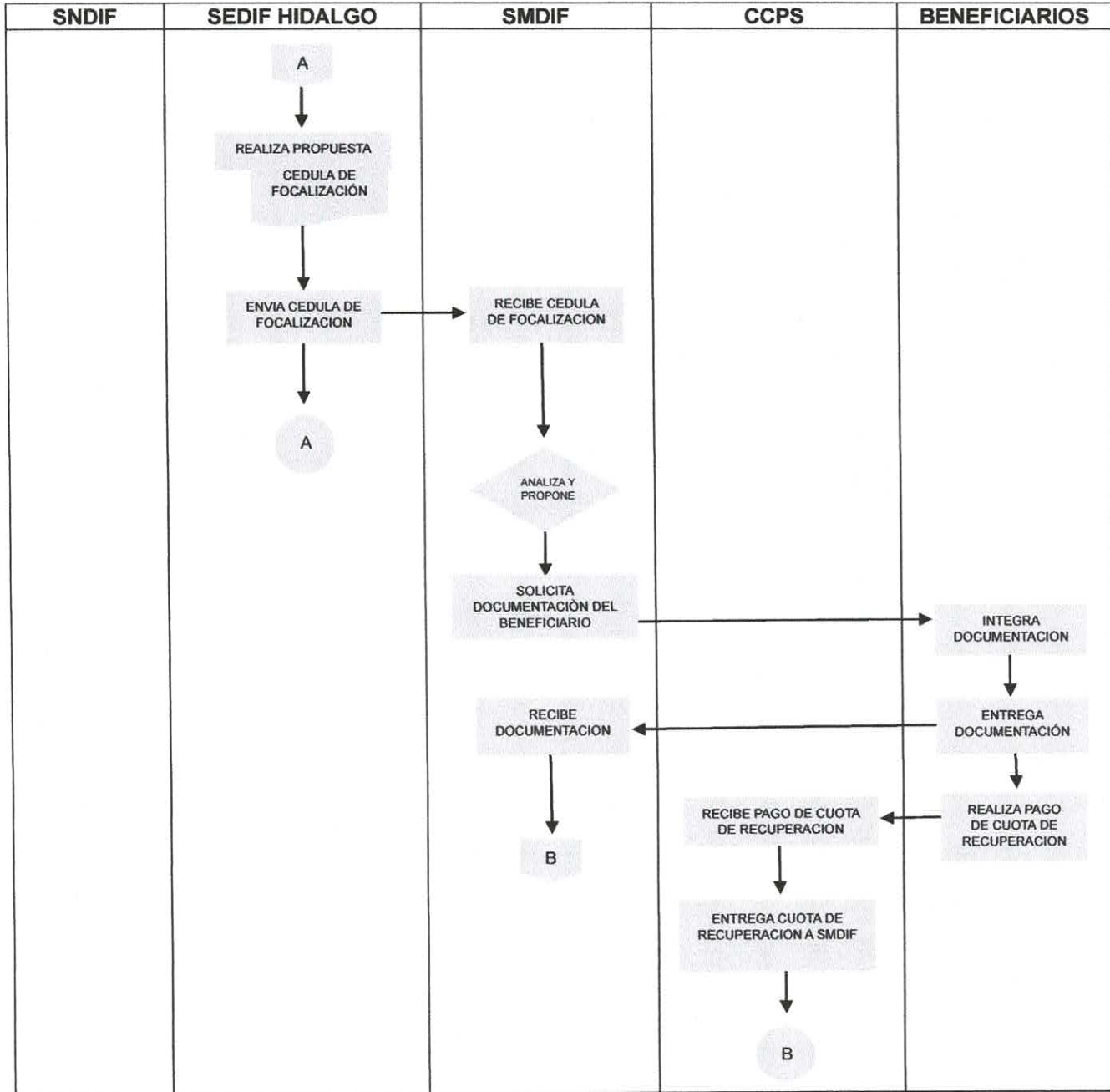


[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE

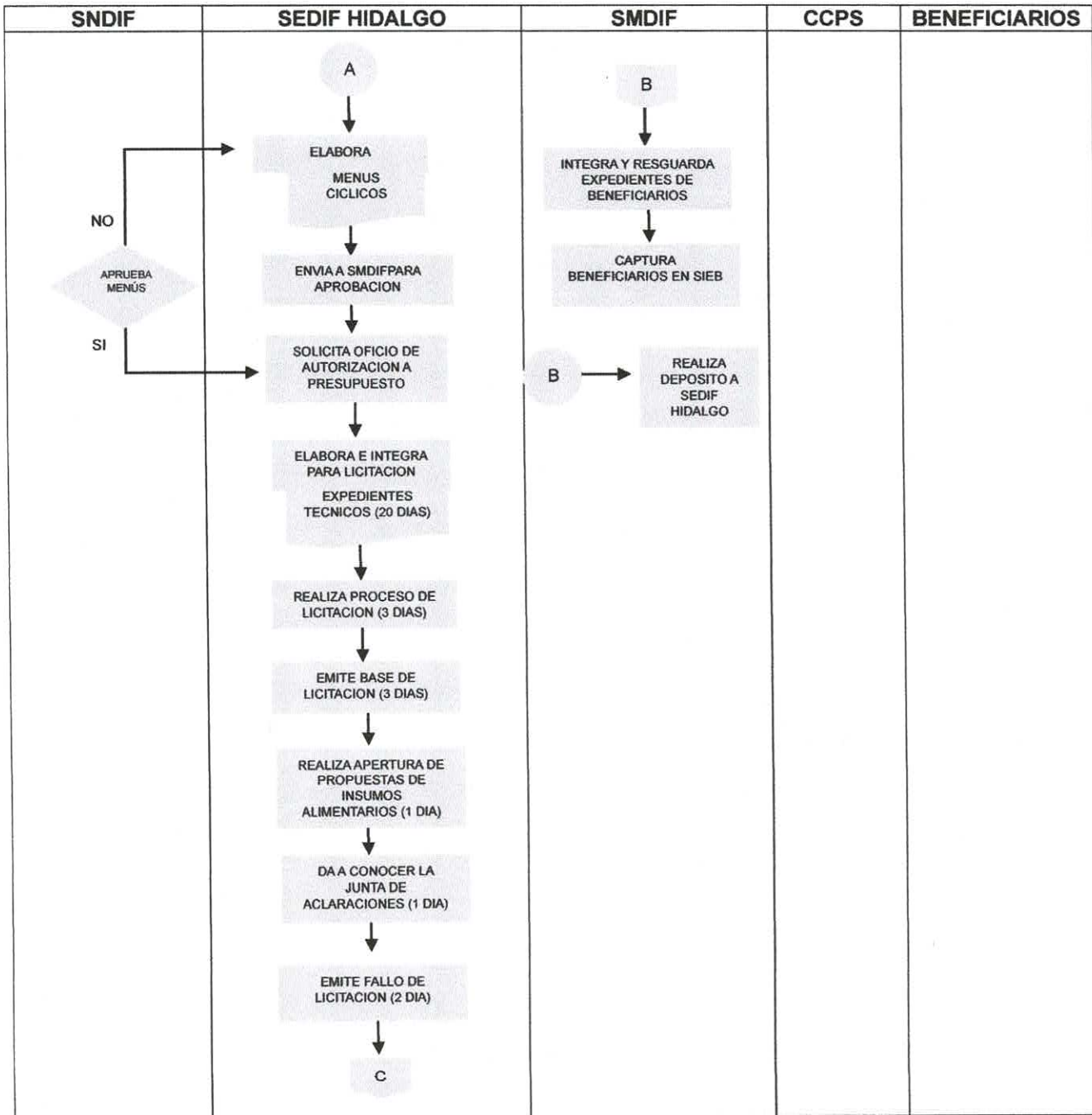


Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signatures and marks

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE

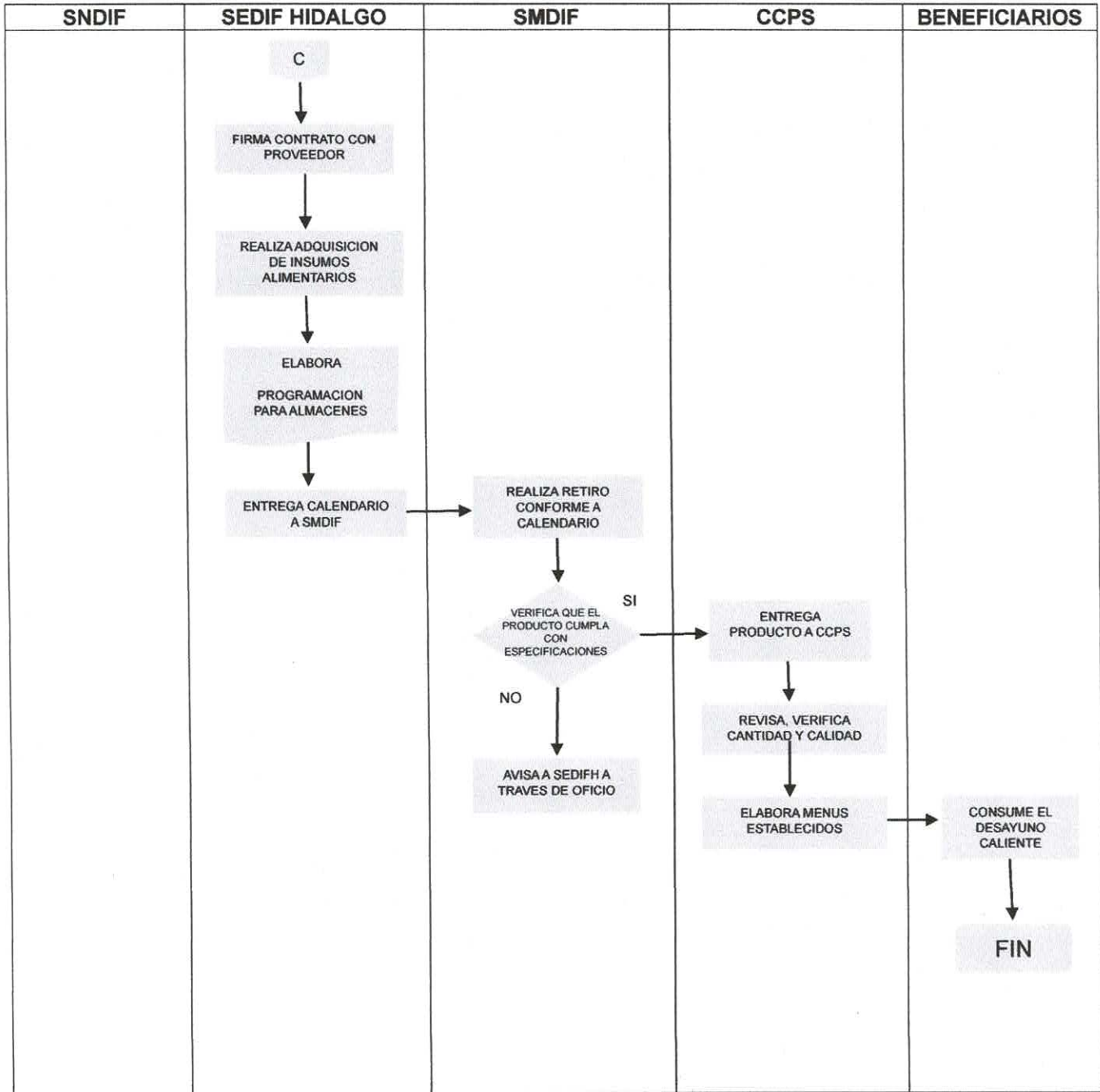


Handwritten signature

Handwritten signatures

Handwritten signatures and initials

MECANICA DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD CALIENTE



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and initials]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



1.6.5 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
6	JOSEFINA GARCIA OCTAMENDEZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> Jornadas medicas Subespecialidad 	Disminuir afectaciones a la salud de la población vulnerable del estado de Hidalgo, a través de intervenciones quirúrgicas ambulatorias de tipo general, oftalmológica y plástica.
	IZTEL AURORA BADILLO RIVERA	<ul style="list-style-type: none"> Ayudas técnicas 	Disminuir la deficiencia o ausencia de alguna parte de su cuerpo de la población que reside en el Estado de Hidalgo y que presenta una discapacidad permanente o temporal o una enfermedad crónico degenerativa.

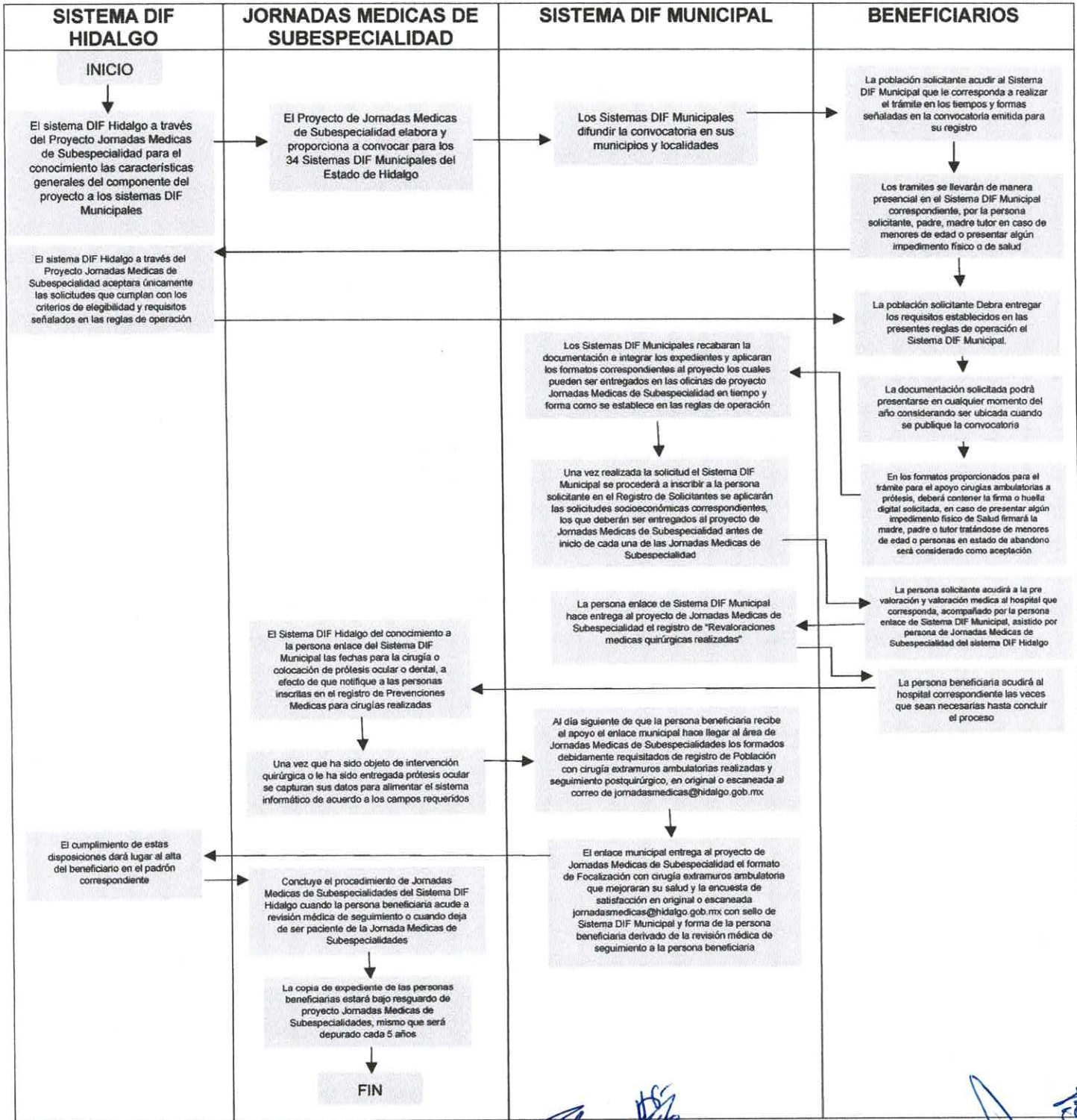
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]


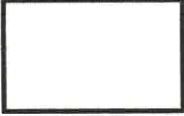
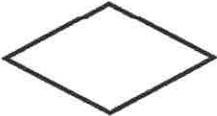
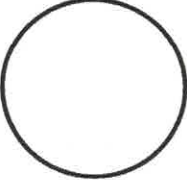
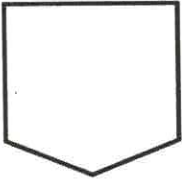


[Handwritten signatures and marks]



DIAGRAMA DE FLUJO (JORNADAS MEDICAS DE SUBESPECIALIDAD)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]


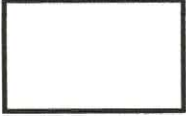
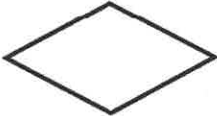
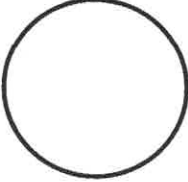
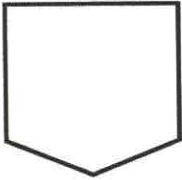


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

1.6.7 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
7	LILIANA LICONA DURAN	Encargada del programa PILARES v	El Objetivo General del Proyecto Desarrollo de Habilidades en Niñas, Niños, Adolescentes, es "Fortalecer las habilidades para la vida en niñas, niños y adolescentes para enfrentar riesgos psicosociales a través de acciones preventivas en cursos y platicas impartidas en escuelas de nivel básico y Centros PILARES

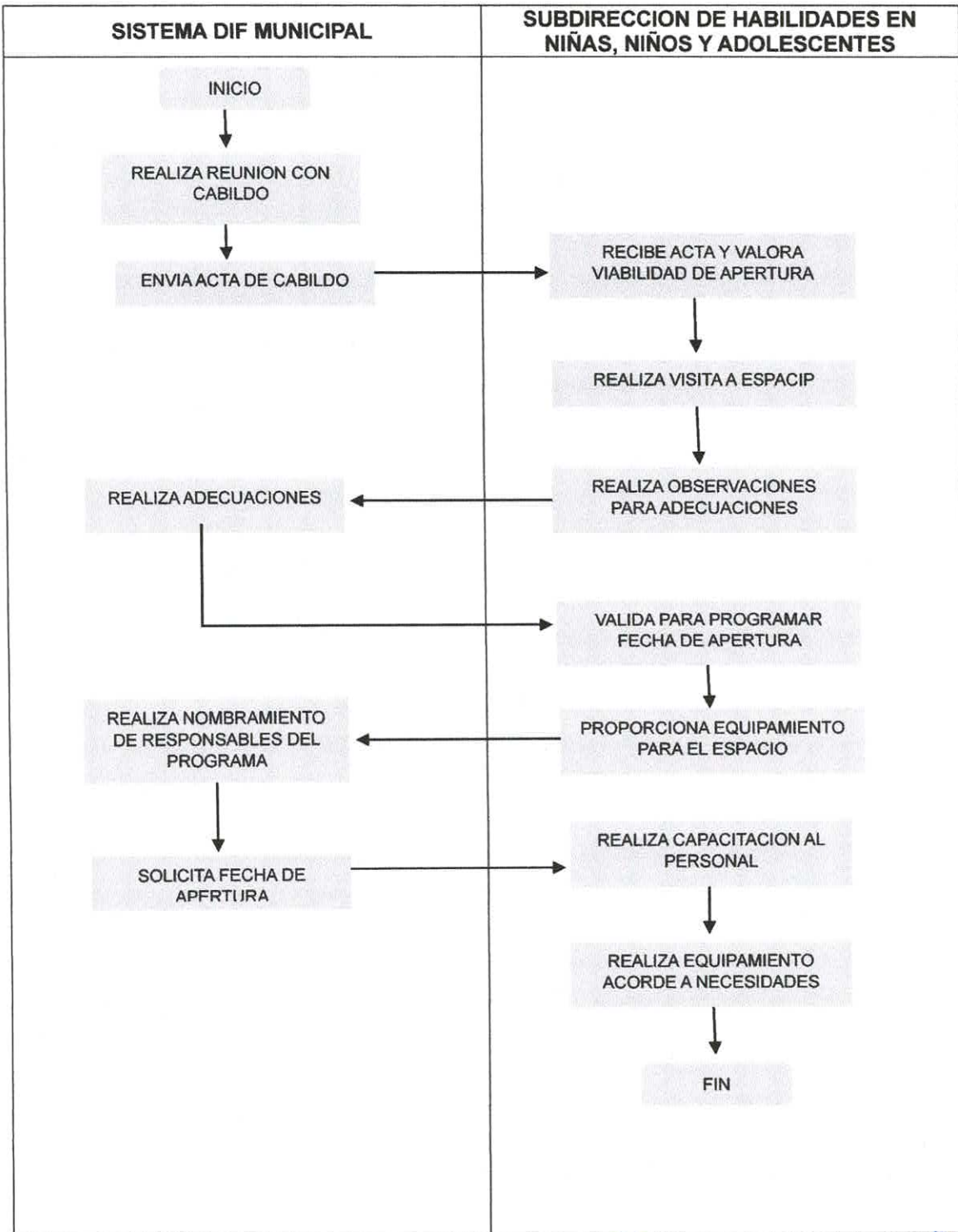
6 Pedidos

[Handwritten mark]


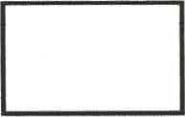

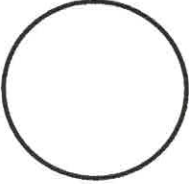
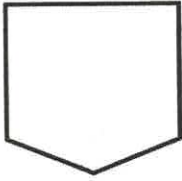


[Handwritten signatures]

[Handwritten signatures]

DIAGRAMA DE FLUJO (PILARES)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el simbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

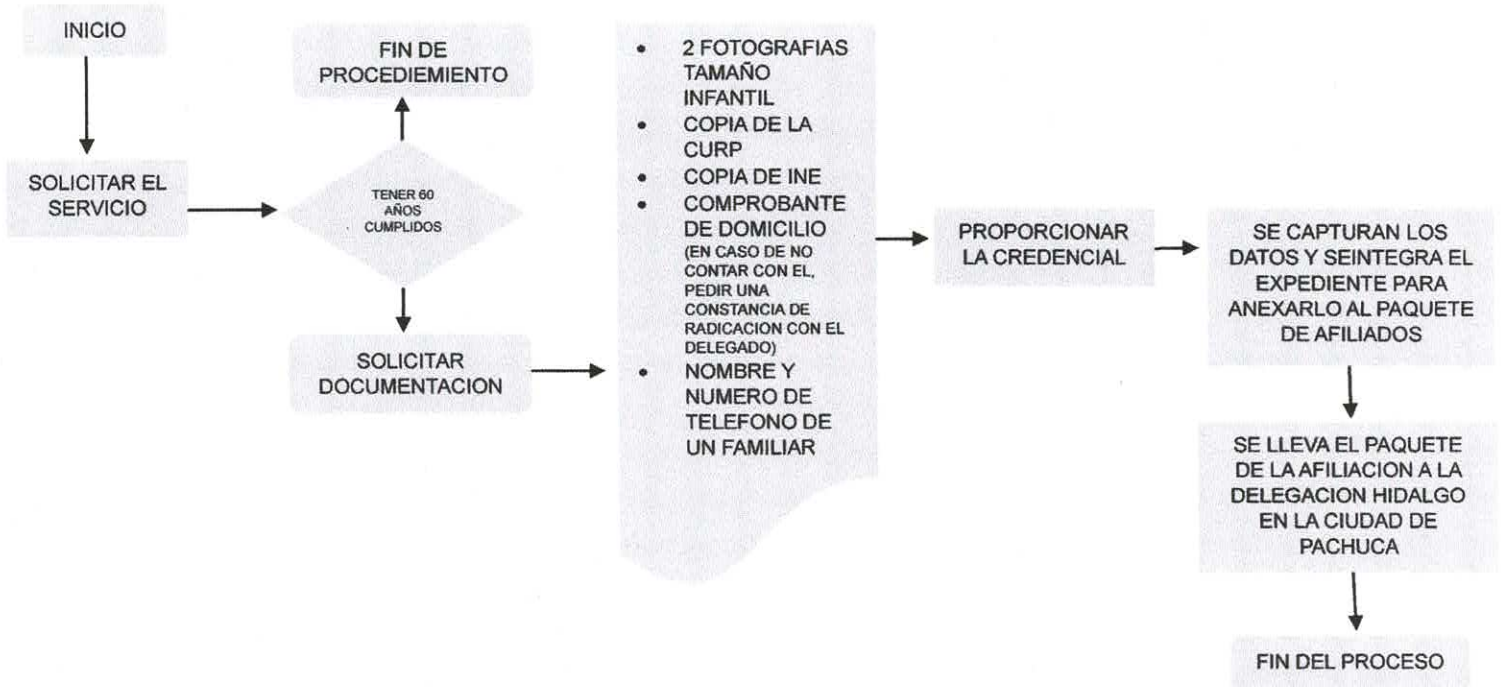


1.6.8 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
8	JOSEFINA GARCIA OCTAMENDEZ	Responsable del programa: <ul style="list-style-type: none"> Envejecimiento saludable en personas adultas mayores 	Fortalecer las capacidades biopsicosociales de las personas adultas mayores


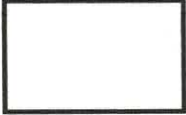
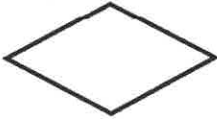
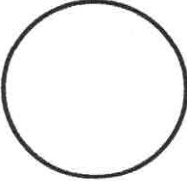
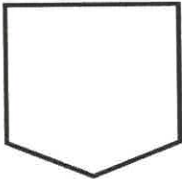


Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the right side and several smaller ones at the bottom of the page.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROGRAMA (ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN PERSONAS ADULTAS MAYORES)



[Handwritten signatures and marks]

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures]

[Handwritten signatures]

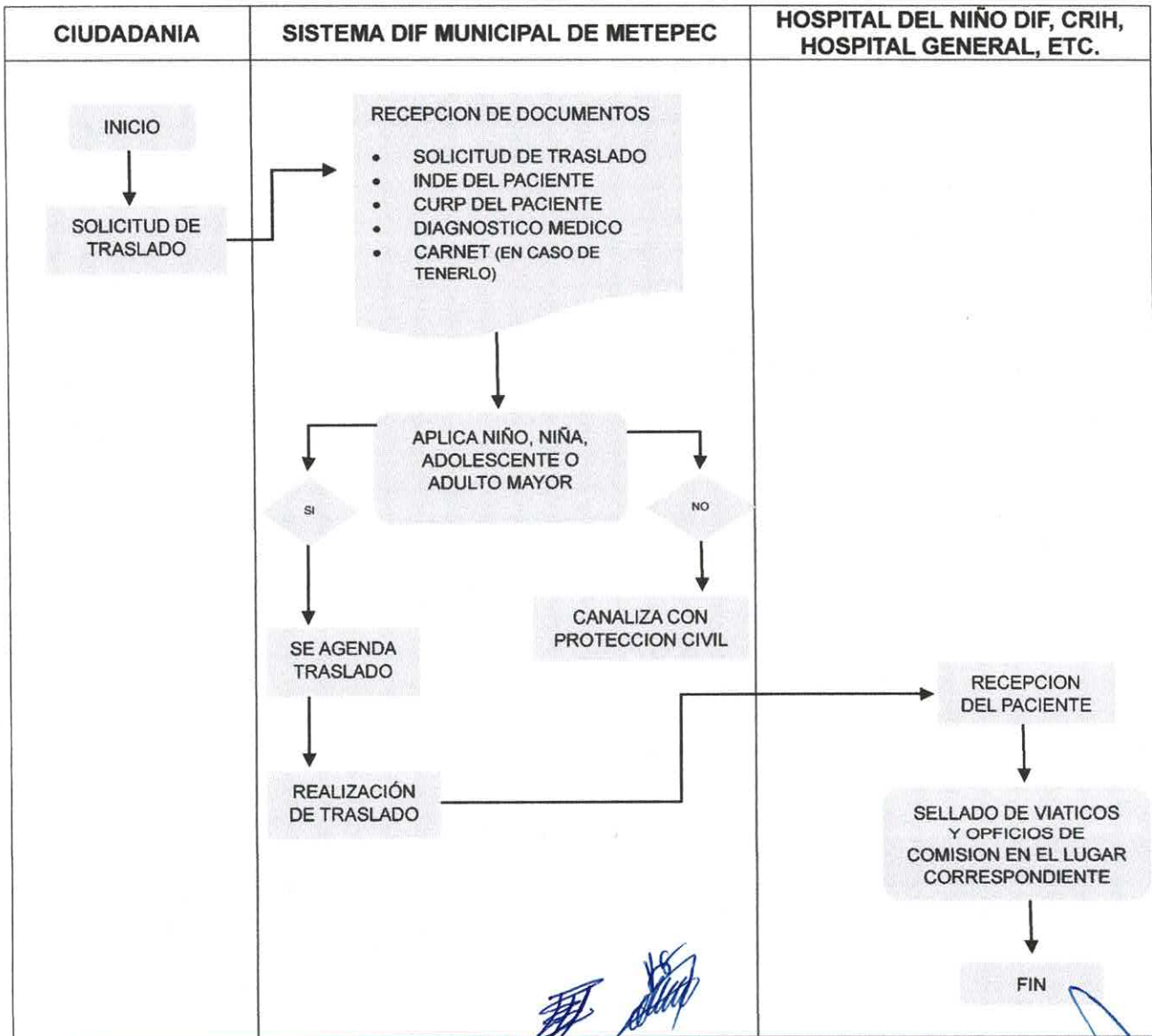
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]


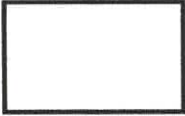

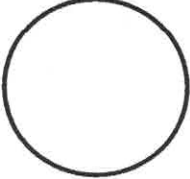
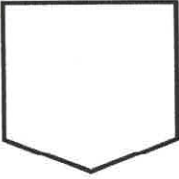


1.6.9 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
9	José Manuel Tenorio Badillo	<ul style="list-style-type: none"> Encargado de traslados programados a distintos hospitales Carga de insumos en el almacén de los diferentes programas 	

DIAGRAMA DE FLUJO (TRASLADO DEL CHOFER)



SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and marks in blue ink]

1.6.10 DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS


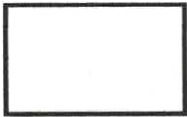
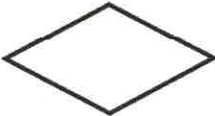
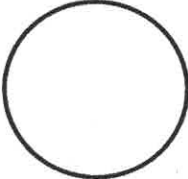
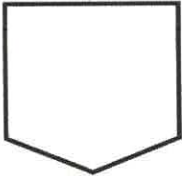


No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	OBJETIVO
10	LEONOR TENORIO LEMUS	<ul style="list-style-type: none"> Mantener las instalaciones del Sistema DIF limpias y en orden 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la higiene y la limpieza de las instalaciones del Sistema DIF Municipal de Metepec

DIAGRAMA DE FLUJO (LIMPIEZA)



(Handwritten signatures and marks)

SIMBOLOGIA ANSI PARA DIAGRAMAS DE FLUJO

SIMBOLOGIA	NOMBRE	DESCRIPCION
	Inicio o término	Señal donde inicia o termina un procedimiento.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso de que sea necesario tomar caminos alternativos.
	Conector	Mediante el símbolo se pueden unir, dentro de la misma hoja, dos o más tareas separadas físicamente en el diagrama de flujo, utilizando para su conexión el número arábigo; indicando la tarea a la cual continua el diagrama.
	Conector de página	Mediante el símbolo se pueden unir, cuando las tareas queden separadas en diferentes páginas; dentro del símbolo se utilizará un número arábigo que indicará la tarea a la cual continua el diagrama.
	Documento	Representa un documento, formato o cualquier escrito que se recibe, elabora o envía.
	Flujo	Conecta símbolos, señalando la secuencia en que debe realizarse las tareas.

[Handwritten signatures and marks]

1.7 VALIDACIÓN

Datos de Control				
	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	LIC. Nayeli López Montiel Directora Sistema DIF	L.C. Noel Miguel Hernández Vargas Titular del Órgano Interno de Control	C. Juan Antonio Franco Ortiz Presidente Municipal	
Firma				
Fecha	Marzo 2026	Marzo 2026	Marzo 2026	





1.8 ANEXOS

1.8.1 MEMORIA FOTOGRAFICA ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCION DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 EVIDENCIA FOTOGRAFICA CONSUMO DE INSUMOS
 ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA
 CICLO ESCOLAR: 2025-2026



LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:
	Página 1		
LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:
LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:	LOCALIDAD:
ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:	ESCUELA Y CLAVE:

NOTA: ENVIAR ESTE ARCHIVO DE FORMA MAGNÉTICA

 C. SILVIA YANEZ TENORIO
 Nombre y firma de la
 Presidenta/e del Sistema DIF Municipal

SELLO SMDIF

 LIC. DULCE GUADALUPE SANTANA PEREZ
 Nombre y firma del responsable
 del Programa Alimentación Escolar Modalidad F

 Nombre, firma y sello de
 SEDIF

SEDIF-AEMF-0017

(Handwritten signatures and marks)



1.8.2 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ALIMENTACION ESCOLAR MODALIDAD FRIA



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 INFORME MENSUAL DE DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL
ALIMENTACIÓN ESCOLAR
CICLO ESCOLAR 2025- 2026

ALIMENTACIÓN ESCOLAR MODALIDAD FRIA

MUNICIPIO: 035

SEMANA: _____ A SEMANA: _____

MES: AGOSTO

TOTAL DE BENEFICIARIOS: 0

FECHA DE ELABORACIÓN: 28/08/2024

DE CENTROS ESCOLARES: 0

TOTAL DE RACIONES: 0

ESCUELA COMUNIDAD CLAVE ESCUELA CLASIFICACIÓN	No. BEN EF.	PREESC.	PRIMARIA	NIÑAS	NIÑOS	DIAS TRA B.	No. DE SEMA NA	TOTAL DE RACIONE S	SE ENTREG O COMPLE TO (SI/NO)	NOMBRE Y FIRMA DEL/A INTEGRANTE DEL COMITÉ QUE RECIBE	SELLO DE LA ESCUELA
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
	0					5	41	0			
						5	42	0			
						5	43	0			
						5	44	0			
						5	45	0			
SUB-TOTAL	0	0	0	0	0			0			

Página 1

[Handwritten signature]

RESIDENTE/AE DEL SISTEMA MUNICIPAL DI
 NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DEL PROGRAMA
 NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

SE DIF. 6/FMF.0019

[Handwritten signatures and marks]



1.9.1 ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS CARNET VALIDACION DE ENTREGA

<p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">No. Tarjeta</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA DIF HIDALGO SMDIF (Nombre del Sistema DIF)</p> <p style="text-align: center;">ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS</p> <p>La presente acredita a: _____</p> <p>Fecha de nac: _____ Edad: _____</p> <p>CURP: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Control de entrega de apoyo 2025</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Abril Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Mayo Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Junio Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Julio Segmento:</td> </tr> <tr> <td>Agosto Segmento:</td> <td>Septiembre Segmento:</td> <td>Octubre Segmento:</td> <td>Noviembre Segmento:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Diciembre Segmento:</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> _____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO PTA. SMDIF </p> <p style="text-align: center;"> _____ NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO, MADRE, PADRE O TUTOR </p>	Abril Segmento:	Mayo Segmento:	Junio Segmento:	Julio Segmento:	Agosto Segmento:	Septiembre Segmento:	Octubre Segmento:	Noviembre Segmento:	Diciembre Segmento:				<p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">No. Tarjeta</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA DIF HIDALGO SMDIF (Nombre del Sistema DIF)</p> <p style="text-align: center;">ATENCIÓN ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS</p> <p>La presente acredita a: _____</p> <p>Fecha de nac: _____ Edad: _____</p> <p>CURP: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Control de entrega de apoyo 2025</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Abril Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Mayo Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Junio Segmento:</td> <td style="width: 25%;">Julio Segmento:</td> </tr> <tr> <td>Agosto Segmento:</td> <td>Septiembre Segmento:</td> <td>Octubre Segmento:</td> <td>Noviembre Segmento:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Diciembre Segmento:</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"> _____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO PTA. SMDIF </p> <p style="text-align: center;"> _____ NOMBRE Y FIRMA BENEFICIARIO, MADRE, PADRE O TUTOR </p>	Abril Segmento:	Mayo Segmento:	Junio Segmento:	Julio Segmento:	Agosto Segmento:	Septiembre Segmento:	Octubre Segmento:	Noviembre Segmento:	Diciembre Segmento:			
Abril Segmento:	Mayo Segmento:	Junio Segmento:	Julio Segmento:																						
Agosto Segmento:	Septiembre Segmento:	Octubre Segmento:	Noviembre Segmento:																						
Diciembre Segmento:																									
Abril Segmento:	Mayo Segmento:	Junio Segmento:	Julio Segmento:																						
Agosto Segmento:	Septiembre Segmento:	Octubre Segmento:	Noviembre Segmento:																						
Diciembre Segmento:																									

1.9.2 REPORTE MENSUAL DE DISTRIBUCION MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS.



SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS

ALTA / BAJA DE BENEFICIARIOS

DATOS GENERALES											
PROGRAMA	CYE-MUN	MUNICIPIO	CYE-LOC	LOCALIDAD	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	CORP	DOMICILIO	MOVIMIENTO	NOTIVO

Página 1

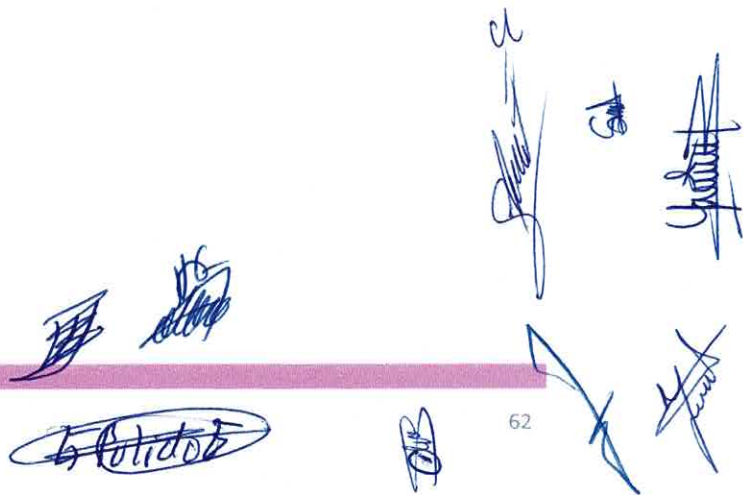
RESPONSABLE DEL PROYECTO
NOMBRE Y FIRMA

PRESIDENTA/DIRECTORA DEL SMDIF
NOMBRE Y FIRMA

RECIBÓ SEDIF
NOMBRE Y FIRMA

MOVIMIENTO
Alta
Baja

NOTIVO
Atención por EAL/D
Atención por otro programa alimentario
No cumple con edad
Defunción
Otra (Especificar)



1.9.3 LISTA DE ENTREGA, MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A ATENCION ALIMENTARIA EN LOS PRIMEROS 1000 DIAS

VALIDACIÓN DE ENTREGA

MUNICIPIO: _____
 MES A OPER: _____

AÑO: _____



LOCALIDAD	N° DE BENEFICIARIO

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA



LOCALIDAD	N° DE BENEFICIARIO

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA



LOCALIDAD	N° DE BENEFICIARIO

 NOMBRE Y FIRMA DE DELEGADO

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA DE COMITÉ DE PARTICIPACION SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA

 NOMBRE Y FIRMA DE PRESIDENTA(E), DIRECTOR (A) SHDIF



NOTA 1: EN DONDE SE ESTABLECE QUE FIRMA ALGUN INTEGRANTE DE COMITÉ DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, DEBERA CONCIDIR CON LA FIRMA EN ACTA

Página 1

(Handwritten signatures and stamps)

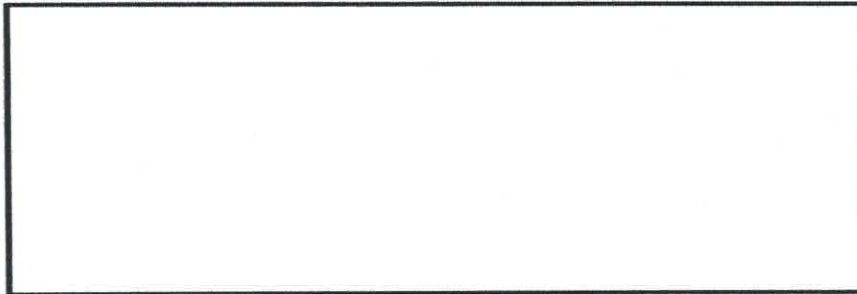
1.10.1 REPORTE MENSUAL EVIDENCIA FOTOGRAFICA MUNICIPAL ATENCION ALIMENTARIA A GRUPOS PRIORITARIOS.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

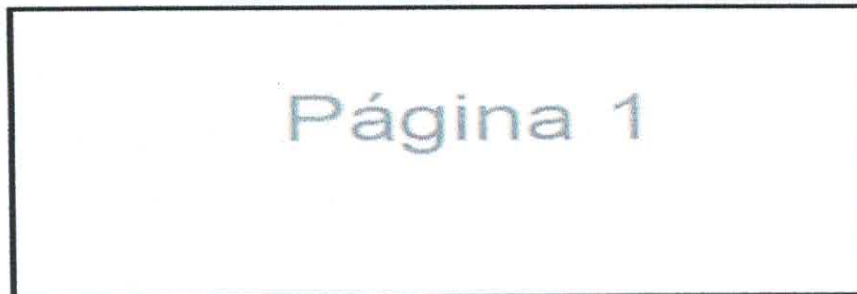
MUNICIPIO: _____
MES Y AÑO _____



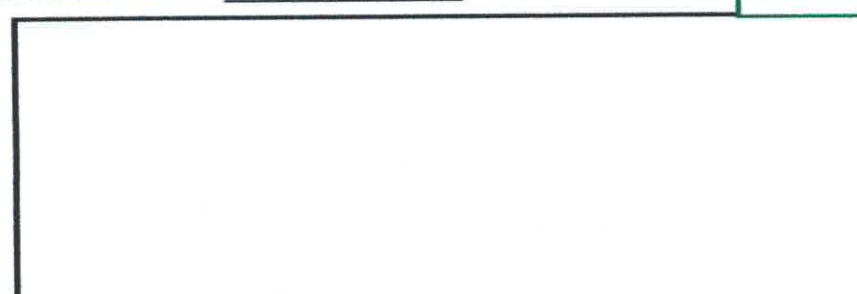
ENTREGA EN LA LOCALIDAD DE: _____



ENTREGA EN LA LOCALIDAD DE: _____



ENTREGA EN LA LOCALIDAD DE: _____



NOMBRE Y FIRMA DE
RESPONSABLE DE
PROGRAMA

NOMBRE Y FIRMA DE
PRESIDENTA(E). DIRECTOR (A)
SMDI

[Handwritten signatures and initials in blue ink]



1.10.2 REPORTE DE VISITA DE LA PROMOTORA O PROMOTOR MUNICIPAL PSBC



SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN EL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
PROGRAMA DE SALUD Y BIENESTAR COMUNITARIO 2025



Reporte de visita de la promotora o promotor Municipal a la comunidad para impulsar el PSBC

Fecha de la visita: _____ Número de visita: _____

Municipio: _____ Localidad: _____

Id de grupo de desarrollo: _____ No. de integrantes del GD: _____

Nombre de la promotora (or):Municipal _____

Señalar las principales actividades realizadas durante la visita al GD para el fortalecimiento del (PSBC), mencionar quienes participaron en esas actividades y cuáles fueron los acuerdos y resultados obtenidos.

Actividades realizadas en el día con el GD dentro del PSBC

Actividades
Resultados/Acuerdos/Fechas Compromiso

Salazar #100 Colonia Centro, C.P. 42000 Pachuca de Soto, Hidalgo. 771 71 73 100 Ext. 3044

[Handwritten signatures and marks]

[Handwritten signature: La Policia]

1.11 FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS AYUDAS TÉCNICAS

MUNICIPIO DE METEPEC

FORMATO DE RECEPCION DE APOYOS

Fuente de Financiamien _____

Comprobante N° _____ **Fecha del Comprobante:** _____

Partida presup _____

Motivo y/o Justificación del Apoyo:

Descripción del Apoyo:

Cantida	Unidad	Descripción de Bienes y/o Servicios

Fecha de Recepción del _____

Nombre de Quien Recibe el Apoyo: _____

Firma de Quien Recibe el Apoyo: _____

<p>EJECUTA</p> <p>_____ L.C. GABRIEL GÓMEZ FRANCO TESORERO MUNICIPAL</p>	<p>AUTORIZA</p> <p>_____ C. JUAN ANTONIO FRANCO ORTIZ PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL</p>	<p>Vc. Bo.</p> <p>_____ C. ALONDRA HERNANDEZ FRANCO SINDICO MUNICIPAL</p>
--	---	---



1.11.2 CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO AYUDAS TÉCNICAS



ANEXO XVI
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICA



DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICO

FECHA: _____ POLO: _____

NOTAS IMPORTANTES

- ESCRIBIR CONTINUA EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE Y SIN TACHADURAS NI ENMENDADURA.
- LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMATO SON MERAMENTE INFORMATIVOS Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD POR PARTE DEL SOLICITANTE.

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
Día / mes / Año

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO: _____
Calle y número Colonia y Localidad

Municipio C.P. Teléfono

UBICACIÓN ENTRE CALLES: _____

PERTENECE A ALGÚN GRUPO EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: PERSONA CON DISCAPACIDAD PERSONA ADULTA MAYOR MADRE SUJETA A ASISTENCIA SOCIAL POBLACIÓN INDÍGENA MIGRANTE
() () () () ()

2. MOTIVO DE ESTUDIO

3. ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO	EDAD	PARIENTESCO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

TOTAL DE INTEGRANTES: _____

PALACIO MUNICIPAL EN COL CENTRO METEPEC HIDALGO C.P. 403400
TEL 774 745 54 00
e-mail: presidencia@metepechidalgo.gob.mx

(Handwritten signatures and stamps)



ANEXO VI
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICA

DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO



4. SITUACION ECONOMICA

TRABAJA () ()
ACTUALMENTE SI NO

MUNICIPIO DE _____

DEPENDIENTES ECONOMICOS _____

CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL O APOYO

SI () NO ()

¿CUAL? _____

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES	
PADRE	\$
MADRE	\$
PARTEJA	\$
HERMANOS(A)	\$
HUJOS(A)	\$
OTROS	\$

EGRESOS FAMILIARES MENSUALES	
ALIMENTACION	\$
RENTA O PAGO DE CASA	\$
SERVICIOS DE HOGAR	\$
ATENCIÓN MEDICA	\$
EDUCACION	\$
VESTIDO	\$
TRANSPORTE	\$
REPARACION	\$
OTROS	\$

DEFICIT

\$ _____

EXCEDENTE

\$ _____

5. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA		NUMERO DE HABITACIONES CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA	
LA VIVIENDA ES	TIPO DE VIVIENDA	MATERIAL DE CONSTRUCCION CON EL QUE ESTE HECHA LA VIVIENDA	SERVICIOS QUE CUENTA
PROPIA ()	CASA HABITACION ()	MANIPOSTERIA ()	AGUA ()
RENTADA ()	DEPARTAMENTO ()	MEDEPA ()	LUZ ()
PRESTADA ()	CUARTO DE AZOTEA ()	LAVINA ()	DRENAJE ()
OTRO (ESPECIFICAR)	OTRO (ESPECIFICAR)	OTRO (ESPECIFICAR)	TELEVISION POR CABLE ()

OBSERVACIONES DE LA VIVIENDA

6. DIAGNOSTICO SOCIAL

PALACIO MUNICIPAL SIN COL CENTRO METEPEC HIDALGO C.P. 43400
TEL. 774 745 41 00
e-mail: presidencia@metepechidalgo.gob.mx

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO XVI
CEDULA DE ESTATUS SOCIOECONOMICA



DIRECCION DE DESARROLLO SOCIOECONOMICA
MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

7. PLAN SOCIAL

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

DIRECCION DE DESARROLLO SOCIAL

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 35.37.39.42 de la Ley De Protección De Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado De Hidalgo, Metepec, Hidalgo es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, en el ejercicio de nuestras funciones tramites y servicios que brinda este sujeto obligado tales como: integrar el padrón de beneficiarios de los programas: Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores (68 y mas), gestión de calentadores solares, colchones y becas; estos datos, no podran difundirse sin su consentimiento y se utilizaran única y exclusivamente para los fines que fueron requeridos, bajo las normativas aplicables. Usted podrá consultar el aviso de privacidad integral en <http://metepechidalgo.gob.mx> y en la Unidad de Transparencia de este sujeto obligado. Así mismo usted podrá hacer valer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO) ante la unidad de Transparencia ubicada en palacio municipal s/n C.P. 49400 METEPEC HIDALGO.

L.T.S. JUANA ROSA TENORIO FRANCO
SISTEMA DIF MUNICIPIO DE METEPEC HIDALGO

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL
DEL SOLICITANTE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



1.12.1 CARTA DE AUTORIZACION PARA MENOR DE EDAD, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD

Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Jornadas Médicas de Subespecialidad
CARTA DE AUTORIZACIÓN
(Menor de edad)
DASJMSMIR-24-03



_____, Hgo., a ____ de _____ del 2023

Yo _____, edad _____, del Municipio de _____, autorizo la valoración y en su caso procedimiento quirúrgico, para mi hijo (a) _____, por parte del personal médico adscrito, en la cual me han explicado e informado sobre beneficios, riesgos o efectos secundarios que se pueden presentar en dicha jornada, acepto y permito bajo conciencia se hagan los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos, así como post operatorios.

Estoy consciente que en la valoración y durante la cirugía pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas en su estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se le brinda; principalmente en un procedimiento de urgencia.

Se me ha informado en forma clara, precisa y adecuada acerca de su estado de salud.

Entiendo que puedo retractarme y anular esta carta de autorización de jornada médica en cualquier momento, antes de la valoración y/o cirugía, comunicándoselo de forma oportuna al enlace Municipal de Jornadas Médicas.

El Sistema DIF Hidalgo y DIF Municipal, se eximen de cualquier responsabilidad que se presente durante y posterior a la cirugía, así como una vez dado de alta.

Así mismo autorizo al personal del Sistema DIF Hidalgo y/o DIF Municipal que gestionen los estudios necesarios para la valoración y en caso de cirugía quedarán absueltos de cualquier complicación que se pueda presentar.

Yo, acompañaré en el hospital a mi hijo (a), una vez iniciado los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos y post operatorios al igual que me haré cargo de los cuidados de su salud una vez dado (a) de alta.

En caso de que no se lleve a cabo la cirugía de mi hijo(a) yo me hare cargo de su atención.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas las dudas han sido resueltas.

Nombre y Firma del Padre o Tutor

Nombre, Firma y Sello del Enlace del Sistema DIF Municipal

Handwritten signatures and stamps in blue ink, including a large signature on the right and several smaller ones at the bottom.



1.12.2 CARTA DE AUTORIZACION, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD

Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Médicas de Subespecialidad
CARTA DE AUTORIZACIÓN
DASJMSMIR-24-03



_____, Hgo., a ___ de _____ de 2024

Yo _____, edad _____ años, del Municipio de _____ autorizo la valoración y en su caso procedimiento quirúrgico por parte del personal médico adscrito, en la cual me han explicado e informado sobre los beneficios, riesgos o efectos secundarios que se pueden presentar en dicha jornada, acepto y permito bajo conciencia se hagan los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos, así como post operatorios.

Entiendo que durante la valoración y en la cirugía pueden surgir complicaciones o condiciones imprevistas en mi estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se me brinda; principalmente en un procedimiento de urgencia.

Se me ha informado en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado de salud.

Entiendo que puedo retractarme y anular esta carta de autorización de jornada médica en cualquier momento, antes de la valoración y/o cirugía, comunicándoselo de forma oportuna al enlace Municipal de Jornadas Médicas.

El Sistema DIF Hidalgo y DIF Municipal, se eximen de cualquier responsabilidad que se presente posterior a la cirugía y después de que me den de alta.

Así mismo autorizo al personal del Sistema DIF Hidalgo y/o DIF Municipal me realicen los estudios necesarios para la valoración y en caso de cirugía quedarán absueltos de cualquier complicación que se pueda presentar.

Mi familiar o acompañante, permanecerá en todo momento en el hospital una vez iniciado los procedimientos preoperatorios, quirúrgicos y post operatorios, al igual que se hará cargo de los cuidados de mi salud una vez dado (a) de alta.

En caso de que no se lleve a cabo la cirugía mi familiar o acompañante, se hará responsable de mi atención.

He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas las dudas han sido resueltas.

Nombre y Firma del Beneficiario

Nombre y Firma del Familiar o solicitante

Nombre, Firma y Sello del Enlace del Sistema DIF Municipal



1.12.3 ESTUDIO SOCIOECONOMICO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



Sistema DIF Hidalgo
 Dirección General de Asistencia Social
 Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
 Médicas de Subespecialidad
 ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
 DASJMSMIR-24-03

Jornadas

MUNICIPIO _____

FECHA _____

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CURP	SEXO	
DOMICILIO (CALLE, COLONIA, MUNICIPIO)				C. P.	
TELÉFONO:	¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI: ___ NO: ___				
EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA INDIQUE CUAL:					
ESTADO CIVIL:	¿SUFRE ALGUNA DISCAPACIDAD? SI: ___ NO: ___		¿CUENTA CON SERVICIOS DE SALUD? SI: ___ NO: ___		
EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA INDIQUE CUAL:			EN CASO DE SER POSITIVA SU RESPUESTA DETERMINE CUAL:		
NIVEL DE ESTUDIOS: ANALFABETA _____ PRIMARIA TERMINADA _____ PRIMARIA INCONCLUSA _____					
SECUNDARIA TERMINADA _____ SECUNDARIA INCONCLUSA _____ BACHILLERATO TERMINADO _____					
BACHILLERATO INCONCLUSO _____ LICENCIATURA TERMINADA _____ LICENCIATURA INCONCLUSA _____					
TOTAL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL: _____			CUENTA CON:		
TOTAL DE GASTO FAMILIAR MENSUAL: _____			BAÑO _____ LETRINA _____		
TOTAL DE SALARIOS MÍNIMOS DIARIOS: _____			APOYO SOLICITADO: _____		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
DOMICILIO (CALLE, COLONIA, MUNICIPIO, CP.)			TELÉFONO	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	OCCUPACIÓN:

DIAGNÓSTICO SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENCUESTA	NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	SELLO DEL MUNICIPIO
---	--------------------------------	---------------------

(Handwritten signatures and marks)



1.12.4 CARTA RESPONSIVA, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Jornadas Médicas de Subespecialidad
CARTA RESPONSIVA
DASJMSMIR-24-03

_____, Hgo., a ____ de _____ de 2024

Nombre completo del beneficiario.

Nombre completo del solicitante.

Por medio de la presente Carta Responsiva, acepto la responsabilidad del cuidado de mi persona o de mi familiar, así como de mis actos antes, durante y después de la cirugía que se me realizará.

Así mismo deslindo de toda responsabilidad legal y de cualquier índole al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo y al Sistema DIF Municipal _____, ya que ambas instituciones únicamente intervienen en la gestión del apoyo.

Firma del Beneficiario

Firma del Solicitante

Sello del Sistema DIF Municipal

[Handwritten signatures and stamps]

[Handwritten signatures and stamps]



1.12.5 ENCUESTA DE SATISFACCION DEL BENEFICIARIO, JORNADAS MEDICAS DE SUB ESPECIALIDAD



Sistema DIF Hidalgo
Dirección General de Asistencia Social
Subdirección de Vinculación a la Salud y Envejecimiento Saludable
Médicas de Subespecialidad
Encuesta de Satisfacción del Beneficiario
 DASJMSMIR-24-03

Jornadas

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____

Jornada Médica en la que fue beneficiado: _____ ID SIEB: _____

SEXO: M___ F___ Fecha _____ Municipio _____ Edad: _____

Instrucciones: Por favor marque con una X la respuesta que considere correcta.

CUESTIONARIO	MUY MAL: 0	MAL: 1	REGULAR: 2	BIEN: 3	MUY BIEN: 4
1.- El Trato y amabilidad del personal de DIF Municipal con usted ha sido					
2.- Como considera el trato y amabilidad del personal de DIF Hidalgo					
3.- Como fue la disposición del personal Medico					
4.-La claridad de la información brindada acerca del proceso de la Jornada ha sido					
5.- Como Considera la facilidad para realizar su trámite					
6.- como ha sido tiempo de espera para recibir el servicio					
7.- El modo en el que se informó su estado de salud ha sido					
8.- La limpieza e higiene dentro de las instalaciones ha sido					
9.- ¿Cómo se sintió con la atención recibida durante el proceso de la Jornada?					

¿Recomendarías asistir a las Jornadas Médicas a otras personas? SI _____ NO _____

¿Desea hacer algún comentario? _____

Calificación por niveles de satisfacción:

Muy Malo: 0 a 8 puntos	Mal: 9 a 13 puntos	Regular: 14 a 25 puntos	Bien: 26 a 31 puntos	Muy bien: 32 a 36 puntos
------------------------	--------------------	-------------------------	----------------------	--------------------------

Firma y/o huella del Beneficiario

Sello del Municipio

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Vertical handwritten signatures and marks on the right side of the page]



1.13 GENERAL DEL PROYECTO “PROMOCION Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”

SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL
SUBDIRECCIÓN DE VINCULACIÓN A LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE
PROYECTO “PROMOCIÓN Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”



MUNICIPIO: _____ FECHA: _____
NOMBRE DEL GRUPO: _____
LUGAR DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD: _____
TEMA IMPARTIDO: _____
NOMBRE DEL PONENTE: _____

ID	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	GÉNERO	LOCALIDAD DE BENEFICIARIO	FIRMA

[Handwritten signatures and marks in blue ink]



1.14.1 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTRELA, CENTRO PILARES

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE HABILIDADES EN NNA
 LISTA DE ASISTENCIA MADRES, PADRES Y PERSONAS QUE EJERCEN LA TUTELA



MUNICIPIO:
 CENTRO:
 RESPONSABLE DEL CENTRO:

N°	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO		EDAD
		M	H	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE
 DE CENTRO

SELLO SMDIF

Vo.Bo.
 PRESIDENTA/E SMDIF

(Handwritten signatures and marks)

1.14.2 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (13 – 17 AÑOS), CENTRO PILARES



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE HABILIDADES EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

COORDINACION DE CENTROS

Cuestionario para adolescentes (13 a 17 AÑOS)

Habilidades para la vida Medida Pre _____ Medida Post _____



Nombre completo _____ Edad _____

Municipio _____ Centro _____




Sexo: Hombre _____ Mujer _____ Fecha _____

Instrucciones: Lee con atención las siguientes preguntas y elige la respuesta que para ti sea la correcta.

1. ¿Me resulta difícil mantener la atención en actividades o juegos?

- a) Si 
- b) No 
- c) A veces 

2. ¿Doy las gracias cuando alguien me ayuda?

- a) Si 
- b) No 
- c) A veces 

3. ¿Pienso en las consecuencias antes de hablar?

- a) Si 
- b) No 
- c) A veces 

[Handwritten signatures and scribbles in blue ink are present on the right side of the page, including a large signature on the far right and several scribbles below the questions.]

4. ¿Evito hacer cosas que dañan mi salud?

a) No



b) Si



c) A veces



5. ¿Me siento contenta (o) con mi aspecto físico?

a) A veces



b) No



c) Si



6. ¿Me cuesta trabajo decir NO por miedo a que alguien me critique?



a) Si



b) No



c) A veces

7. ¿Pido que me ayuden cuando tengo un problema?

a) Si



b) No



c) A veces



8. ¿Ayudo a quien lo necesita?

a) No



b) Si



c) A veces



9. ¿Me resulta fácil preguntar las veces que sean necesario para entender lo que me dicen?



a) Sí



b) No



c) A veces

10. ¿Prefiero mantenerme callada (o) para evitarme problemas?

a) Si



b) No



c) A veces



11. ¿Cuál crees que sea la emoción que está expresando?



- a) Enojado
- b) Aburrido
- c) Asombrado

12. ¿Me cuesta trabajo iniciar una plática?

a) Si



b) No



c) A veces



13. ¿Me resulta fácil controlar mis emociones y mantenerme relajado cuando soy el centro de atención?

a) Si



b) No



c) A veces



14. Cuando alguien es injusto conmigo u otra persona, ¿lo expreso?

a) Si



b) No



c) A veces



15. ¿Me agrada trabajar en equipo?



a) Si



b) No



c) A veces

¡Agradecemos tu participación!

[Handwritten signatures and scribbles]



Instrucciones para calificar: Asigna TRES puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. b	2. a	3. a	4. b	5. c	6. b	7. a	8. b
9. a	10. c	11. a	12. b	13. b	14. a	15. a	

Puntuación:

Si la puntuación es de 36 o más = Fortalecida(o) en sus habilidades.

Asigna DOS puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. c	2. c	3. c	4. c	5. a	6. c	7. c	8. c
9. c	10. a	11. b	12. c	13. c	14. c	15. c	

Puntuación:

Si la puntuación es entre 24 a de 35 = Medianamente fortalecido (requiere apoyo)

Asigna UN punto a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. a	2. b	3. b	4. a	5. b	6. a	7. b	8. a
9. b	10. b	11. c	12. a	13. a	14. b	15. b	

Puntuación:

Si la puntuación es de 23 o menos = Déficit de habilidades (reforzar el programa)

NOTA: En caso de dificultad en el entendimiento de las preguntas, favor de dar explicación adicional.

(Handwritten signatures and marks)

1.14.3 CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES (6 – 11 AÑOS), CENTRO PILARES



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA SUBDIRECCIÓN DE
DESARROLLO DE HABILIDADES EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A MENORES Y ADOLESCENTES EN RIESGO PAMAR

Cuestionario para niñas y niños de 6 a 11 años de edad.

Habilidades para la vida Medida Pre _____ Medida Post _____

Nombre completo _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
Edad _____ Centro PAMAR _____
Municipio _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES: Lee con atención las siguientes preguntas y elige la respuesta que para ti sea la correcta. (Puedes usar colores si así lo deseas).

1.- ¿Cuándo me levanto de mi cama, me siento?

A) Triste



B) Contento



C) Enojado



2.- Creo que soy buena (o) para:

A) Crear cosas



B) Para ayudar



C) Para nada



3.- Cuando tengo un problema trato de solucionarlo, así:

A) Me enoja y le pego



B) Pido ayuda a un adulto



C) No digo nada y dejo que se olvide



4.- Cuando quiero decir algo

A) Espero mi turno



B) Me da pena, me quedo callada(o)



C) Grito muy fuerte para que me escuchen



Handwritten signatures and marks in blue ink on the right side of the page.



5.- ¿Cuándo trabajo en equipo, me siento?

A) No trabajo



B) Enojado



C) Contento



6.- ¿Me considero una persona creativa?

A) Sí



B) No



C) A veces



7.- ¿Expreso lo que me gusta?

A) **Sí!**

B) **No!**

C) A veces

8.- ¿Me gusta como soy?

A) No



B) Si



C) No lo había pensado



9.- Cuando me piden apoyo para quehaceres en casa Yo:

A) Me enoja y no lo hago



B) Me molesto, pero lo hago



C) Colaboro de buena gana



10.- Cuando me comunico con los demás, lo hago:

A) Gritando



B) Golpeando



C) Hablando



¡Gracias por tu participación!

Handwritten signatures and scribbles in blue ink.



Instrucciones para calificar: Asigna TRES puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. B	2. B	3. B	4. A	5. C	6. A	7.A	8. B	9.C	10. C
------	------	------	------	------	------	-----	------	-----	-------

Si la puntuación es de 24 o más = Fortalecida(o) en sus habilidades.

Asigna DOS puntos a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. A	2. A	3. C	4. B	5. A	6. C	7.C	8. C	9.B	10. A
------	------	------	------	------	------	-----	------	-----	-------

Si la puntuación es entre 16 a 23 = Medianamente fortalecido (requiere apoyo)

Asigna UN punto a cada pregunta si sus respuestas son las siguientes:

1. C	2. C	3. A	4. C	5. B	6. B	7. B	8. A	9. A	10. B
------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------

Si la puntuación es de 15 o menos = Déficit de habilidades (reforzar el programa)

NOTA: En caso de dificultad en el entendimiento de las preguntas, favor de dar explicación adicional.

[Handwritten signatures and marks]



1.14.4 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES

Pachuca, Hgo. a ____ del mes de _____ del 202__.

**Subdirección de Desarrollo de Habilidades
en Niñas, Niños y Adolescentes
Presente**

Asunto: Baja Voluntaria de Centro PILARES

Quien suscribe, _____, me permito hacer de su conocimiento que a partir de esta fecha, por motivos personales, mi _____, de nombre _____, dejará de asistir al Centro PILARES _____ de la localidad/colonia _____ del municipio _____, Hgo.

Sin otro particular, agradezco la atención y el apoyo recibidos.

nombre y firma de la madre, padre o persona que ejerce la tutela

nombre y firma del usuario

1.14.5 BAJA VOLUNTARIA, CENTRO PILARES



Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes
PILARES

Expediente No. _____



Subdirección de Desarrollo de Habilidades en Niñas, Niños y Adolescentes
Coordinación de Centros PILARES

Carta de Consentimiento Informado

Yo _____ acepto que mi hija (o) _____ asista al Centro PILARES ubicado en _____ con la finalidad de recibir pláticas y/o talleres en relación a las siguientes temáticas: Prevención de Adicciones; Prevención de Embarazo en Niñas y Adolescentes; Promoción del Buen Trato; Trabajo Infantil; Explotación Sexual Infantil; Promoción y Difusión de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y Prevención del Abuso Sexual Infantil, de lunes a viernes en sus diferentes horarios según las necesidades de la población usuaria, así como la participación en actividades culturales, recreativas, deportivas y/o curso de verano que se presenten.

Atentamente

Nombre y Firma Responsable
PILARES

Nombre y Firma
Padre, Madre o Persona que ejerce la tutela



HOJA DE IDENTIFICACIÓN

1. Datos de Identificación de Niña, Niño o Adolescente



No. Expediente _____

Fecha de Ingreso _____
DD/MM/AA

Municipio _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Clave CURP _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Grado Escolar: _____

2. Datos de Identificación de la madre, padre o persona que ejerce la tutela

Nombre: _____

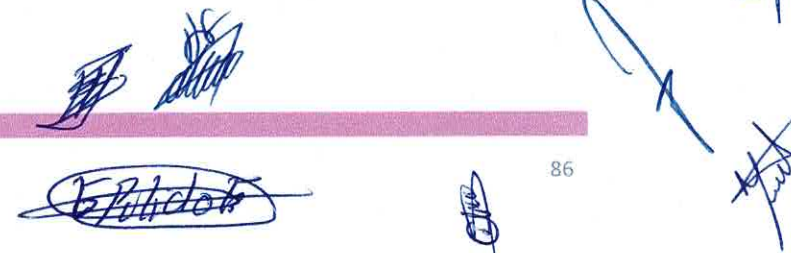
Dirección: _____

Teléfono: _____

3. Familia

Composición familiar (Personas que viven en el mismo domicilio)

Nombre y apellidos	Parentesco	Edad	Sexo	Edo. Civil	Último Grado Escolar	Ocupación Actual





4. Estrategias a desarrollar con la/el usuario de Centro PILARES
(Puede agregar más columnas si se requiere)

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

Nombre y firma
Responsable de Centro PILARES

Formato de visita domiciliaria



Reseña **cuantitativa trimestral** de las acciones relevantes de la/el usuario en relación al desarrollo, avances, permanencia en las actividades que otorga el Centro PILARES, además de su entorno familiar, social y escolar (canalización, visita domiciliaria, permisos y baja)

Fecha:	Hora:

Nombre y firma de responsable de Centro:

Fecha:	Hora:

Nombre y firma de responsable de Centro:



Fecha: _____

- 1.- Objetivo de la visita:

- 2.- Aspectos a tratar y/o considerar:

- 3.- Conclusiones:

- 4.- Compromisos:

- 5.- Persona entrevistada:

- 6.- Lugar donde se realiza la visita:

- 7.- Observaciones:

Nombre y firma
Responsable de Centro PILARES

5. Hojas de seguimiento



DOCUMENTACIÓN

COPIA LEGIBLE QUE SE DEBERÁN ANEXAR AL EXPEDIENTE

1. CURP de la niña, niño o adolescente
2. Acta de nacimiento
3. Boleta de calificaciones o constancia de estudios
4. Identificación oficial (INE) madre, padre o persona que ejerce la tutela
5. Comprobante de domicilio Actualizado (No mayor a 3 meses)

NOTAS:

- Cuidar la presentación de cada expediente
- El expediente deberá estar debidamente requisitado con firmas y sellos
- Se anexa formato de baja voluntaria (en caso de requerirse)
- Apegarse a las Reglas de Operación vigentes

[Handwritten signatures and marks]

1.14.6 LISTA GENERAL DE ASISTENCIA, CENTRO PILARES

LISTA GENERAL DE ASISTENCIA

MUNICIPIO: _____

CENTRO: _____

No.	NOMBRE COMPLETO	ENERO														
		L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

(Handwritten signatures and marks)

1.15.2 CEDULA DEL BENEFICIARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUESTO Y DESARROLLO

BENEFICIARIO ID: _____

PROYECTO: _____ FECHA: _____

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
CURP	FECHA DE NACIMIENTO	
HOMBRE () MUJER () SEXO	ESTADO DE NACIMIENTO	PAIS DE ORIGEN

DOMICILIO DEL BENEFICIARIO

NOMBRE DE VIALIDAD

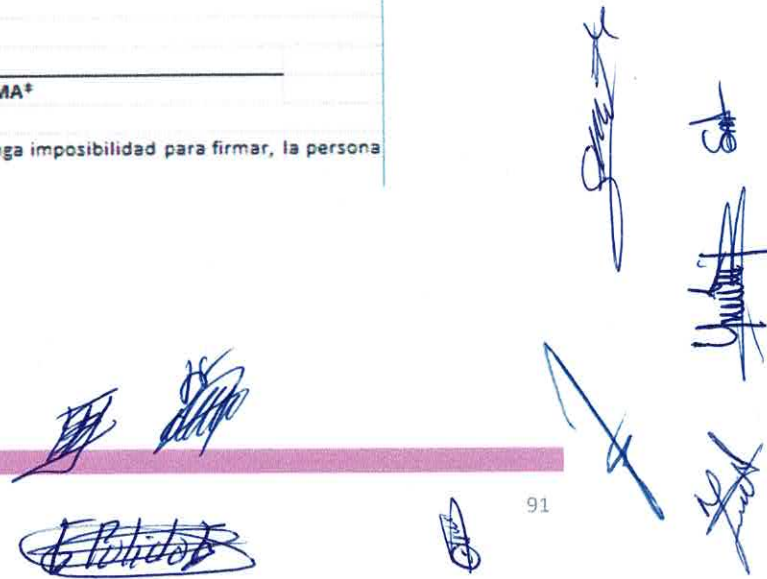
NÚMERO INTERIOR	NÚMERO EXTERIOR	CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO	ESTADO

En caso de que no desee que los datos personales sean tratados para la finalidad mencionada en el **Aviso de Privacidad (Integración y actualización de información de beneficiarios)**, puede negar su consentimiento desde este momento enviando su **Negativa de Consentimiento** a la Subdirección de Programas Alimentarios al correo espaciosdealimentaciondif@hidalgo.gob.mx, asimismo hacer mención que su negativa en este sentido no podrá ser motivo para negarle el apoyo o brindar información sobre las actividades del proyecto.

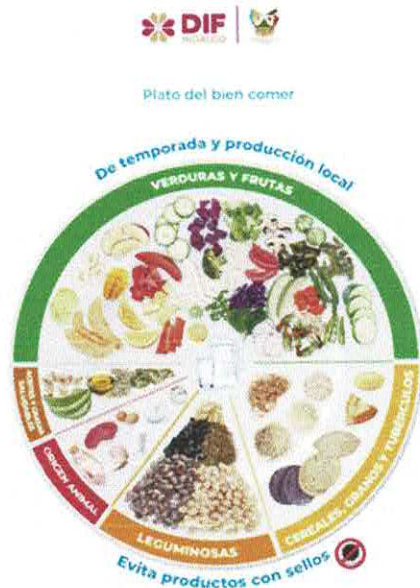
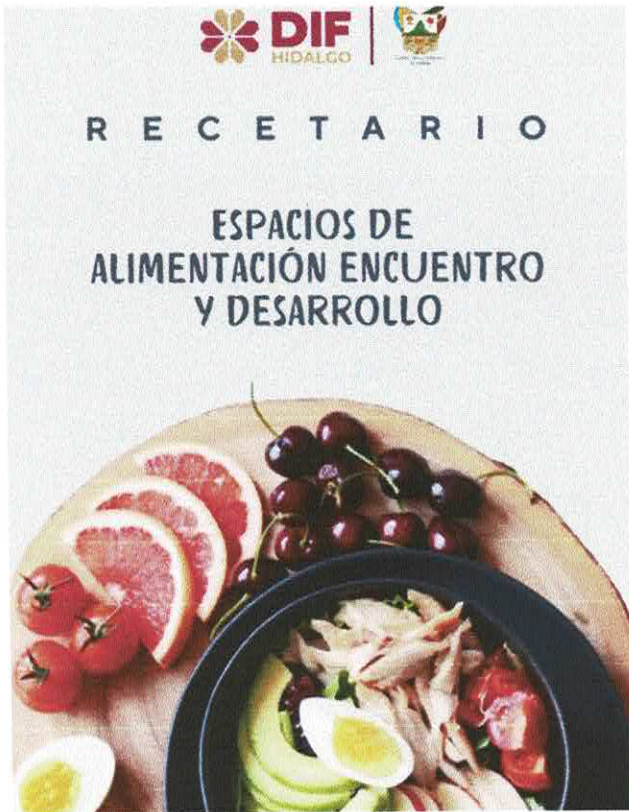
Usted contará con un plazo de (cinco) días hábiles a partir de que entregue la documentación al **Sistema Municipal DIF**, para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de los datos personales, si no lo hace, se entenderá que autoriza el tratamiento de los datos personales para dicha

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA*

*Cuando el beneficiario del proyecto sea menor de edad o tenga imposibilidad para firmar, la persona deberá indicar el parentesco con el mismo.



1.15.3 RECETARIO, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO



Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature at the bottom left and several smaller ones on the right side.



1.15.4 RECIBO DE MENÚS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO



SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO

FECHA: _____

MUNICIPIO: - - - - -

LOCALIDAD: - - - - -

Recibi del Sistema DIF Municipal 25 menus ciclicos con calidad nutricia para preescolares, escolares y adultos, para ser aplicados por los preparadores de alimentos en coordinacion y vigilancia de los integrantes de los Comités Comunitarios de Participacion Social del Programa Espacios de Alimentación Encuentro y Desarrollo ciclo escolar 2024-2025.

RECIBI:

ENTREGA

Nombre y firma del integrante de Comité de Participación Social

Nombre y firma y sello del SMDIF

(Handwritten signatures and stamps)

1.15.5 REGLAS DE OPERACIÓN, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUESTRO Y DESARROLLO

Página 62 de 203

PERIÓDICO OFICIAL
DEL ESTADO DE HIDALGO

31 de enero de 2024
Alcance tres

LA JUNTA DE GOBIERNO DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO, EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES QUE NOS CONFIERE EL ARTÍCULO 33 FRACCIÓN IX Y DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO DE HIDALGO, ASÍ COMO EL ARTÍCULO 14 FRACCIÓN I DE LA LEY DE ENTIDADES PARAESTATALES DEL ESTADO DE HIDALGO Y,

CONSIDERANDO

PRIMERO. Que dentro de la propuesta de las Naciones Unidas para 2030, a través de la Asamblea General, de la cual México es Estado Parte, se estableció una Agenda denominada "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Uno de los objetivos establecidos es "Poner fin al hambre", cuyo propósito es entre otros, promover el acceso de las personas que cursan alguna situación vulnerable, incluidos los lactantes, personas con discapacidad, adultos mayores a una alimentación sana, nutritiva y suficiente.

SEGUNDO. Que la alimentación es un derecho social reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos específicamente Título Primero, Capítulo I, de los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículos 1° y 2° inciso B, punto III "... así como apoyar la nutrición ... mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil" y en el Artículo 4° párrafo tercero, señala que "El Estado garantizará que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad".

TERCERO. El proyecto de **ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO** se encuentra alineado al Plan Estatal de Desarrollo 2022 – 2028 publicado en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo el 1 de enero de 2023, en el Acuerdo General 2: "Para el Bienestar del Pueblo", en su objetivo 2.11: "Bienestar de las niñas, niños y adolescentes", en su línea de acción 2.11.2.1 "Implementar acciones en materia de alimentación para las niñas, niños y adolescentes de la entidad, así como en favor de grupos vulnerables..."

CUARTO. Que de conformidad al artículo 24 de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo, con última reforma publicada el 16 de enero de 2024, en el Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, señala que "El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Hidalgo, se crea como un Organismo Descentralizado no sectorizado de la Administración Pública, con personalidad jurídica y patrimonio propios, tiene como objeto promover y realizar servicios y acciones en materia de Asistencia Social en corresponsabilidad con las Instituciones Públicas, Privadas y de la Sociedad en general", a través de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario, que el artículo 2 fracción II, de la Ley de Asistencia Social para el Estado de Hidalgo, "... se entiende por: ... Asistencia Social como "El conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral de las personas, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física o mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva..." así mismo en su artículo 4 "El organismo en coordinación con otras dependencias, ejecutará las acciones previstas en esta Ley con el propósito de mejorar las condiciones de la población en situación de riesgo o de vulnerabilidad".

Por lo anterior, tenemos a bien expedir el siguiente:

ACUERDO QUE CONTIENE LAS REGLAS DE OPERACIÓN CORRESPONDIENTES AL PROYECTO "ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO", PARA EL EJERCICIO FISCAL 2024

El lenguaje en las presentes Reglas de Operación, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

1. MARCO NORMATIVO

El fundamento normativo que sustenta las acciones del Proyecto "ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUESTRO Y DESARROLLO", es de acuerdo a lo siguiente:

- I. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- II. Ley General de Salud;
- III. Ley de Asistencia Social;
- IV. Ley General de Desarrollo social;
- V. Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública;
- VI. Ley General de Responsabilidades Administrativas;
- VII. Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales.



[Handwritten signatures and initials in blue ink, including names like 'García', 'Yunior', and 'García']



1.15.6 REPORTE MENSUAL, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DE HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
 ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO
 REPORTE MENSUAL 2024



MES QUE REPORTA:

MUNICIPIO: **METEPEC**

TOTAL BENEFICIARIOS SIEB

ESCOLARES COMUNITARIOS MIXTOS

NOMBRE DEL EAEYD	CLAVE ESCUELA	DIA	BENEFICIARIOS (ASISTENCIA)	BEN PROMEDIO (SIEB)	CUOTA RECEPTOR (ACCION)	RACIONES			TOTAL DE RACIONES	INGRESOS	EGRESOS	SALDOS
						ESCOLARES	COMUNITARIOS	MIXTOS				
MODALIDAD MIXTO			LOCALIDAD METEPEC									
												\$0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	
MODALIDAD ESCOLAR			LOCALIDAD EL ACOCUL									
												\$0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	
MODALIDAD ESCOLAR			LOCALIDAD ESTACION DE APABEPA									
												\$0.00
SUBTOTAL				0		0	0	0	0		\$ -	

PRESIDENTA/E DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE EAEYD

NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo. SEDIF

[Handwritten signatures and marks in blue ink]

1.15.8 CEDULA DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES COMUNITARIO DE PARTICIPACION SOCIAL, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CEDULA DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

El Comité Comunitario de Participación Social deberá llenar los datos generales y responder preguntas de conformidad con la información que conoce.

El comité lo integran: Número de Mujeres: [] [] [] [] Número de hombres: [] [] [] []

Comité Constituido: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Fecha de llenado: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nombre de integrantes del C.C.P.S.: [] [] [] [] Cargo: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Domicilio: [] [] [] [] Colonia: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Municipio: [] [] [] [] Localidad: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nombre de Comedor: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

C.C.T.: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tot de local: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Programa Vigilado: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Preguntas para el Comité Comunitario de Participación Social

1. ¿Recibieron capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité Comunitario de Participación Social?

Si No

2. En caso de no haber recibido capacitación necesaria para realizar las actividades del Comité Comunitario de Participación Social, ¿la han solicitado?

Si No

3. ¿Quién les proporcionó la capacitación?

Autoridades de la localidad Personal de SEDIF

Otro: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4. Marque con una X la información que conoce:

<input type="checkbox"/> Objetivo del programa	<input type="checkbox"/> Reglas de Operación y manuales
<input type="checkbox"/> Población a beneficiar	<input type="checkbox"/> Funciones del Comité Comunitario de Participación Social
<input type="checkbox"/> Datos y horario de entrega o servicios del programa	<input type="checkbox"/> Requisitos para ser beneficiado
<input type="checkbox"/> Derechos y obligaciones de los y las beneficiarios	<input type="checkbox"/> Documentos necesarios para la integración del expediente del beneficiario
<input type="checkbox"/> Medidas de seguridad e higiene	<input type="checkbox"/> Formatos de quejas y/o denuncias
<input type="checkbox"/> Beneficios y prestaciones	<input type="checkbox"/> Otro: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

5. Marque con una X las actividades que realizan como Comité Comunitario de Participación Social

<input type="checkbox"/> Participar en la distribución de los alimentos	<input type="checkbox"/> Realizar reuniones para corroborar que la operatividad del programa sea de acuerdo a lo establecido en las Reglas de Operación
<input type="checkbox"/> Supervisar que los insumos sean aceptados y consumidos por los beneficiarios del programa	<input type="checkbox"/> Revisar que los insumos alimentarios estén en buen estado físico, almacenados en un lugar específico, con las medidas de higiene adecuadas para su conservación
<input type="checkbox"/> Verificar que el menú proporcionado se elabore de acuerdo al horario otorgado por el SEDIF	<input type="checkbox"/> Vigilar que los insumos alimentarios no sean destinados para otro tipo de actividades y fines distintos a los establecidos en el programa
<input type="checkbox"/> Revisar que los productos se recojan en buen estado	<input type="checkbox"/> Informar al SEDIF cualquier anomalía de forma inmediata
<input type="checkbox"/> Revisar que los lugares donde se entrega el programa	<input type="checkbox"/> Participar en la coherencia de programa y en caso de desastre naturales
<input type="checkbox"/> Permanen limpios y ordenados	
<input type="checkbox"/> Recabar documentación de las personas beneficiarias para la integración de expediente	

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
CEDULA DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES COMUNITARIO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

6. En las siguientes preguntas marque con una X, si las actividades que realiza el Comité Comunitario de Participación Social se llevaron a cabo:

	SI	NO	NO SABE
¿El Programa opere correctamente, conforme a las Reglas de Operación?			
¿Detectaron que el programa se ejecuta con fines políticos, electorales de lucro o otros distintos a su objetivo?			
Después de realizar la supervisión del programa ¿considera que el programa cumple con la Normativa?			
¿De acuerdo con la información proporcionada por los responsables del programa, todas las personas cumplen con los requisitos para ser beneficiados?			
¿Recibieron quejas y denuncias sobre la aplicación u operación del programa?			
¿Entregaron las quejas y/o denuncias a la autoridad competente?			
¿Recibieron respuesta de las quejas que entregaron a la autoridad competente?			
¿El programa cumple con el principio de igualdad entre mujeres y hombres?			
¿La población beneficiada consume sus alimentos con forma lo establecido?			

7. En la selección de integrantes de Comités Comunitarios de Participación Social, ¿tienen la misma posibilidad de ser electos mujeres y hombres?

Si No ¿Por qué? [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

8. ¿Han realizado alguna queja, sugerencia o denuncia?

Si No

COMENTARIOS

Nombre cargo y firma del entrevistador/a municipal: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nombre cargo y firma del/a integrante del Comité Comunitario de Participación Social: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

1.15.9 COMODATO DE ALTAS DE ESPACIOS ALIMENTARIOS, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ESPACIOS DE ALIMENTACIÓN ENCUENTRO Y DESARROLLO

DATOS DE AUTORIDADES MUNICIPALES PARA CONTRATO DE COMODATO

MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRESIDENTE MUNICIPAL	NOMBRE DEL SÍNDICO PROCURADOR	NOMBRE DEL SECRETARIO GENERAL MUNICIPAL	NOMBRE DE PRESIDENTA DEL SMOIF	NOMBRE DE LA DIRECTORA DEL SMDIF	UBICACIÓN DE PRESIDENCIA MUNICIPAL	UBICACIÓN DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF	TIPO DE UNIDAD ADMINISTRATIVA CENTRALIZADOS O DESCENTRALIZADOS

1.15.10 ENCUESTA DE SATISFACCION, ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO

SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCION DE ALIMENTACION Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCION DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS
ESPACIOS DE ALIMENTACION ENCUENTRO Y DESARROLLO
ENCUESTA DE SATISFACCION DE SERVICIO



¿Cuanto tiempo has esperado para que te sirvan los alimentos?

<input type="checkbox"/>	5 min o menos
<input type="checkbox"/>	mas de 5 min

Evalúa el servicio

	Bueno	Malo
El personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instalaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Nos recomendarías con tus familiares y/o amigos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Te gusta el menú del día ?

SI NO

¿Qué alimentos consumiste hoy en tu EAEyD?

¿Tienes algún comentario para mejorar el EAEyD?

Gracias por tu valioso tiempo, esperamos poder servirte nuevamente.
Fecha _____

SELLO SMDIF

SELLO CENTRO EDUCATIVO

(Handwritten signatures and marks)

(Circular stamp: La Petate)



1.16.1 REPORTE MENSUAL, APCE



Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
 Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario
 Subdirección de Desarrollo Comunitario

REPORTE DE ACCIONES DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRE

Período de actividades DICIEMBRE 2024

ACCIONES EMPRENDIDAS POR EL SMDIF: ----- PREVENTIVAS ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE

PREVENCIÓN							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento
1	Entrega de cobijas, y desaguno caliente.	1	25 FAMILIAS	San Diego	09/12/2024	CENTRO DE SALUD Y SMDIF	OFICIO Y EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EN CASO DE SITUACIÓN DE EMERGENCIA O DESASTRE, INFORME NOMBRE DEL EVENTO
 PERTURBADOR:-----

PREVISIÓN (ALERTAMIENTO)							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

ATENCIÓN (BRINDAR APOYO)							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

RECUPERACIÓN							
No	Descripción de la acción	Cantidad	Población Beneficiada	Localidad	Fecha en la que se realizarán las acciones	Participación de otras instancias	Documento Sustento

NOMBRE Y FIRMA DE LA PRESIDENTA DEL SMDIF

(Incluir Sello)

NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL APCE

[Handwritten signatures and stamps in blue ink, including a large signature on the right and several smaller ones at the bottom.]



1.16.2 REGISTRO DE CENTROS DE ACOPIO, APCE



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE CENTRO ACOPIO
 ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIAS (APCE)

Fecha de Alta del Centro de Acopio		MUNICIPIO	METEPEC
		LOCALIDAD	METEPEC
DATOS GENERALES DEL CENTRO DE ACOPIO			
Tipo de inmueble			
Nombre del inmueble			
Domicilio del centro de acopio			
Ubicación (latitud/longitud)			
Responsable del centro de acopio			
Cantidad de personal para atención de centro acopio			
Superficie total del centro de acopio			
Teléfono Responsable del inmueble			
Teléfono Enlace Municipal de APCE			
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL CENTRO DE ACOPIO			
Material utilizado para su construcción		Estado en que se encuentra	
		Buena	Regular
			Mala
Piso			
Muros			
Techumbre			
SERVICIOS CON QUE CUENTA EL CENTRO DE ACOPIO			
SERVICIO		SI	NO
Observaciones			
Electrónicos (computadora y fotocopiado)			
Área de Recepción			
Área de Almacen			
Área de Atención médica			
Agua (potable/no potable)			
Energía Eléctrica			
Drenaje (sanitarios)			
VIAS DE ACCESO AL CENTRO DE ACOPIO			
VIA		SI	NO
CALLE		Especificar Vialidad	
CAMINO A LA COMUNIDAD			
INVENTARIO DE RECURSOS MATERIALES PARA HABILITAR CENTRO DE ACOPIO			
Mesas	Papelera	Cajas	Transporte (para donativos)
Otros (especifique tipo y cantidad)			
CONDICIONES SANITARIAS			
Condiciones del centro de acopio en general interior	Buenas	Regulares	Malas
Condiciones del centro de acopio en general en el exterior	Buenas	Regulares	Malas
Avaluado por protección civil	Buenas	Regulares	Malas
Observaciones de Regulación Sanitaria de la Jurisdicción Municipal:	Buenas	Regulares	Malas
(Anotar sugerencias para mejorar las condiciones sanitarias preexistentes)			
COBERTURA DEL CENTRO DE ACOPIO			



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE CENTRO ACOPIO
 ATENCIÓN A POBLACIÓN EN CONDICIONES DE EMERGENCIAS (APCE)

ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE ACOPIO			
Registro de Donativos	Control de Ingresos y Egresos	Asistencia Médica, etc.	SI / NO
CONTROL DEL CENTRO DE ACOPIO			
NIVEL DE RIESGO POR TIPO DE EVENTO			
EVENTO	ALTA	MEDIA	BAJA
Hidrometeorológico			
Geológico			
Sanitario			
Químico			
Socio Organizativo			

Presidente (a) del Sistema Municipal DIF
 Nombre, Firma y Sello

Director Protección Civil Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Sistema de Salud Municipal
 Nombre, Firma y Sello

(Handwritten signatures and stamps)



1.16.3 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL, APCE



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

FECHA DE ALTA DE REFUGIO TEMPORAL : 11/10/2024		MUNICIPIO	METEPEC		
		LOCALIDAD	ESTACION DE APULCO		
DATOS GENERALES DEL REFUGIO TEMPORAL					
Tipo del inmueble:					
Nombre del inmueble:					
Domicilio del refugio temporal:					
Capacidad de personas en el inmueble:					
Ubicación: Latitud/Longitud:					
Superficie total del refugio temporal:					
Responsable del refugio temporal:					
Telefono del Responsable del Inmueble:					
CARACTERISTICAS FISICAS DE REFUGIO TEMPORAL					
	Material utilizado para su Construcción	Estado en que se encuentra			
		Bueno	Regular	Malc	
Piso					
Muros					
Techo					
Ventanas					
Puertas					
SERVICIOS CON QUE CUENTA EL REFUGIO TEMPORAL					
SERVICIO	SI	NO	OBSERVACIONES		
Agua (potable/no potable):					
Energía Eléctrica					
Drenaje (sanitarios) H/M:					
Area de Regaderas					
Area de Almacén y Recepción					
Area de Servicio Médico					
Area para Preparación de Alimentos					
VIAS DE ACCESO A REFUGIO TEMPORAL					
Via	SI	NO	Especificar Vialidad		
CALLE					
CAMINO A LA COMUNIDAD					
INVENTARIO DE RECURSOS MATERIALES PARA HABILITAR REFUGIO TEMPORAL					
Catres	0	Colchonetas	0	Cobijas	0
Estufa	0	Otros (especifique tipo y cantidad):			
CONDICIONES SANITARIAS					
	Buenas	Regulares	Malas		
Condiciones del inmueble Sanitarias generales del interior					
Condiciones del inmueble Sanitarias generales en el exterior					
Visto bueno del Coordinador de Regulación Sanitaria de la Jurisdicción Municipal					
(Ante aquí las condiciones sanitarias prevalecientes en el municipio)					
INSTALACIONES APTAS PARA SER UTILIZADAS COMO REFUGIO TEMPORAL EN CASO DE ALGUN DESASTRE NATURAL					

[Handwritten signatures and stamps]



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

COBERTURA DE REFUGIO TEMPORAL

ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE REFUGIO TEMPORAL

PROTECCION CIVIL

	SI	NO	OBSERVACIONES
Ubicación del refugio temporal en zona segura			
Señalética exterior (identificación del refugio)			
Señalética dentro del inmueble (evacuación salida emergencia no fumar)			
Señalética aérea (helicóptero) para apoyo a refugio			
Validación por Protección Civil Municipal			

REFUGIO TEMPORAL POR TIPO DE EVENTO Y NIVEL DE RIESGO

HEFENOMENO NATURAL O ANTROPOMENICO	EVENTO	ALTA	MEDIA	BAJA
Hidrometeorológico				
Geológico				
Sanitario				
Químico				
Socio Organizativo				



SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
 REGISTRO DE REFUGIO TEMPORAL
 ATENCIÓN A POBLACION EN CONDICIONES DE EMERGENCIA
 (APCE)

Protección Civil Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Centro Salud Municipal
 Nombre, Firma y Sello

Presidente (a) del Sistema Municipal DIF
 Nombre, Firma y Sello

(Handwritten signatures and stamps)



1.17.1 CONCENTRADO DE PLATICAS, OEA

SISTEMA DIF HIDALGO
 DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DE SARROLLO COMUNITARIO
 SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y CALIDAD ALIMENTARIA
 ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA



CONCENTRADO GENERAL DE PLÁTICA



DIF MUNICIPAL: _____
 MES QUE REPORTA: _____
 TEMA (A S) IMPARTIDO (OS) _____

No	NOMBRE DE LA LOCALIDAD	FECHA	NOMBRE DE LA ESCUELA	CLAVE ESCOLAR	PROGRAMA ALIMENTARIO	N° DE NIÑOS	N° DE NIÑAS	N° DE ADULTOS (HOMBRES)	N° DE ADULTOS (MUJERES)	N° TOTAL DE ASISTENTES
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										

Página 1

ELABORÓ
 ORIENTADOR MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

REVISÓ
 PRESIDENTA (E) / DIRECTOR (A) DIF MUNICIPAL
 NOMBRE Y FIRMA

(Handwritten signatures and marks)

1.17.2 OEA EVIDENCIA FOTOGRAFICA MENSUAL

SISTEMA DIF HIDALGO
DIRECCIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
SUBDIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y CALIDAD ALIMENTARIA
ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA



EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE PLÉTICA

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Nombre de la escuela: _____
Localidad: _____
Programa alimentario y/o grupo vulnerable: _____
Actividad realizada: _____

Página 1

ELABORÓ
ORIENTADOR MUNICIPAL
NOMBRE Y FIRMA



REVISÓ
PRESIDENTE(A) / DIRECTOR(A)
NOMBRE Y FIRMA

[Handwritten signatures and marks in blue ink]

1.18.1 FORMATO DE ENCUESTAS, PSBC

PSBC DIF

Encuesta de Satisfacción
Programa de Salud y Bienestar Comunitario
Capacitaciones 2024

No. de folio

Fecha	
Nombre de la capacitación	
Componente	0
Municipio	
Localidad	

Esta encuesta es **muy importante**, ya que nos **ayuda a garantizar** que el apoyo que se le otorgo, cumple con las características y necesidades del **Grupo de Desarrollo** y en caso de no ser así, la información proporcionada ayudará a fortalecer el **Programa de Salud y Bienestar Comunitario**.

Instrucciones:

- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas antes de contestar
- Marque con un **X** la respuesta que considere adecuada

Desempeño del capacitador

1. ¿Qué le pareció la capacitación y actividades realizadas en su comunidad?



2. ¿El capacitador lo motivó en todo momento y genero un ambiente de participación en equipo?



3. ¿Fue adecuado el lugar donde llevaron a cabo la(s) capacitación(es) y actividades?



Página 1

PSBC DIF

Utilidad de la capacitación

4. ¿Lo que aprendió le servirá para mejorar su vida?



5. ¿Considera que lo que aprendió en la capacitación, ayudará a fortalecer el trabajo en equipo del Grupo de Desarrollo?



6. Comentarios o sugerencias que desee compartir:

Este programa es público ajeno a cualquier partido político, queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa

Página 2

(Handwritten signatures and marks)



Para mayor información favor de dirigirse a:
 Abasolo s/n Colonia Centro Metepec, Hidalgo. CP. 43400
 Tel. (774) 7555100
 Página Web: <https://metepechidalgo.gob.mx>
 Correo electrónico: dif@metepechidalgo.gob.mx
 Quejas y Denuncias: Contraloría municipal.

DATOS DE CONTROL				
	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	C. Nayeli López Montiel Directora DIF	L.C. Noel Miguel Hernández Vargas Titular del Órgano Interno de Control	C. Juan Antonio Franco Ortiz Presidente Municipal	
Firma				
Fecha	Marzo 2026	Marzo 2026	Marzo 2026	

[Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and several smaller ones.]

Para mayor información favor de dirigirse a:
 Abasolo s/n Colonia Centro Metepec, Hidalgo. CP. 43400
 Tel. (774) 7555100
 Página Web: <https://metepechidalgo.gob.mx>
 Correo electrónico: dif@metepechidalgo.gob.mx
 Quejas y Denuncias: Contraloría municipal.

DATOS DE CONTROL				
	Elaboró	Revisó	Autorizó	Versión
Nombre	C. Nayeli López Montiel Directora Sistema DIF	L.C. Noel Miguel Hernández Vargas Titular del Órgano Interno de Control	C. Juan Antonio Franco Ortiz Presidente Municipal	
Firma				
Fecha	Marzo 2026	Marzo 2026	Marzo 2026	

